目 录

黄序
凡例

下编·针灸学临床

总 论

第一章 针灸治病的作用原理 ……（ 3 ）
第一节 扶正祛邪 ……（ 3 ）
第二节 平衡阴阳 ……（ 4 ）
一 阴阳偏盛 ……（ 4 ）
二 阴阳偏衰 ……（ 5 ）
第三节 疏理经络气血 ……（ 5 ）
第四节 调整脏腑功能 ……（ 6 ）
第二章 针灸治则 ……（ 7 ）
第一节 治本与治标 ……（ 7 ）
一 治本 ……（ 8 ）
二 治标 ……（ 8 ）
三 标本同治 ……（ 8 ）
第二节 正治与反治 ……（ 9 ）
一 正治 ……（ 9 ）
二 反治 ……（ 9 ）
第三节 《内经》摘述 ……（ 10 ）
第三章 针灸治法 ……（ 13 ）
第一节 同病异治和异病同治 ……（ 13 ）
一 同病异治 ……（ 13 ）
二 异病同治 ……（ 13 ）

第二节　常用治法 ……………………………………………………………（14）
一　补法……………………………………………………………………（14）
二　泻法……………………………………………………………………（14）
三　温法……………………………………………………………………（15）
四　清法……………………………………………………………………（15）
五　升法……………………………………………………………………（16）
六　降法……………………………………………………………………（16）
七　消散法…………………………………………………………………（16）
八　开窍法…………………………………………………………………（17）
第四章　针灸的选穴组方……………………………………………………（18）
第一节　针灸经穴处方……………………………………………………（18）
一　近取法…………………………………………………………………（18）
二　远取法…………………………………………………………………（19）
三　随证取穴法……………………………………………………………（20）
第二节　配穴方法…………………………………………………………（21）
一　单穴独用和同穴双侧配穴法…………………………………………（21）
二　前后配穴法……………………………………………………………（22）
三　表里配穴法……………………………………………………………（22）
四　左右配穴法……………………………………………………………（22）
五　上下配穴法……………………………………………………………（23）
六　针灸处方与施术的关系………………………………………………（23）
第三节　特定穴选用法……………………………………………………（24）
一　五输穴选用法…………………………………………………………（24）
二　原、络穴配用法………………………………………………………（27）
三　郄穴选用法……………………………………………………………（28）
四　背俞、募穴的应用法…………………………………………………（28）
五　八会穴选用法…………………………………………………………（30）
六　八脉交会穴配用法……………………………………………………（30）
七　下合穴的应用法………………………………………………………（31）
第四节　逐时辨证选穴法…………………………………………………（31）
一　子午流注纳甲法………………………………………………………（33）
二　子午流注纳子法………………………………………………………（41）
三　养子时刻注穴法………………………………………………………（42）
四　灵龟八法………………………………………………………………（45）
五　飞腾八法………………………………………………………………（47）

各　论

第五章　常见症状…………………………………………………………（51）

第一节　全身症状 …………………………（51）
一　高热……………………………………（51）
二　虚热……………………………………（52）
三　神昏……………………………………（54）
四　昏厥……………………………………（56）
五　浮肿……………………………………（58）
六　瘫痪……………………………………（59）
第二节　头、项、背、腰症状 ……………（62）
七　头痛……………………………………（62）
八　头晕……………………………………（64）
九　颈项痛 …………………………………（65）
十　背腰痛 …………………………………（67）
第三节　四肢症状 …………………………（68）
十一　四肢麻木 ……………………………（68）
十二　四肢抽搐 ……………………………（70）
十三　四肢疼痛 ……………………………（72）
第四节　胸腹症状 …………………………（73）
十四　气喘 …………………………………（73）
十五　胸痛 …………………………………（75）
十六　吐血（呕血） ………………………（77）
十七　呕吐 …………………………………（79）
十八　腹痛 …………………………………（80）
十九　腹中痞块 ……………………………（83）
第五节　二阴症状 …………………………（84）
二十　腹泻 …………………………………（84）
二十一　大便秘结 …………………………（86）
二十二　小便不通 …………………………（88）
二十三　尿血 ………………………………（89）
第六章　常见急症 …………………………（92）
一　中暑……………………………………（92）
二　细菌性食物中毒 ………………………（94）
三　阑尾炎…………………………………（98）
四　胆道蛔虫症 ……………………………（103）
五　急性肠梗阻 ……………………………（105）
六　子痫……………………………………（108）
七　胆结石绞痛 ……………………………（111）
八　胃、十二指肠溃疡穿孔………………（114）
九　一氧化碳中毒 …………………………（117）

第七章　传染病 …………（121）
第一节　病毒性传染病 …………（121）
一　流行性感冒 …………（121）
二　流行性腮腺炎 …………（125）
三　病毒性肝炎 …………（128）
四　脊髓灰质炎 …………（133）
五　带状疱疹 …………（137）
六　流行性乙型脑炎 …………（141）
第二节　细菌性传染病 …………（145）
一　流行性脑脊髓膜炎 …………（145）
二　猩红热 …………（148）
三　百日咳 …………（152）
四　细菌性痢疾 …………（154）
五　破伤风 …………（160）
第三节　结核病 …………（162）
一　肺结核 …………（163）
二　颈淋巴结核 …………（165）
第四节　寄生虫性传染病 …………（167）
一　阿米巴痢疾 …………（167）
二　蛔虫病 …………（171）
三　疟疾 …………（174）
四　象皮腿 …………（178）
第八章　内科病证 …………（181）
一　气血风寒燥火湿痰饮的证治 …………（181）
二　脏腑病的证治 …………（182）
第一节　心血管系统疾病 …………（183）
一　心律失常 …………（183）
二　风湿性心脏病 …………（186）
三　高血压病 …………（189）
四　原发性直立性低血压 …………（192）
五　心脏神经官能症 …………（194）
六　冠状动脉粥样硬化性心脏病 …………（197）
七　急性心肌梗塞 …………（200）
八　中风 …………（203）
九　缩窄性大动脉炎 …………（207）
十　血栓闭塞性脉管炎 …………（209）
十一　肢端动脉痉挛症 …………（212）

第二节 呼吸系统疾病 …………（214）
一 急、慢性支气管炎 …………（214）
二 支气管哮喘 …………（219）
三 大叶性肺炎 …………（223）
四 支气管扩张 …………（226）
五 急性呼吸衰竭 …………（228）
第三节 消化系统疾病 …………（230）
一 急、慢性胃炎 …………（230）
二 胰腺炎 …………（235）
三 消化性溃疡 …………（237）
四 胃下垂 …………（241）
五 急、慢性肠炎 …………（243）
六 急、慢性胆囊炎 …………（245）
七 便秘 …………（249）
第四节 神经精神系统疾病 …………（252）
一 三叉神经痛 …………（252）
二 周围性面神经麻痹 …………（256）
三 面肌痉挛 …………（259）
四 内耳眩晕症 …………（262）
五 末梢神经炎 …………（264）
六 急性感染性多发性神经炎 …………（267）
七 坐骨神经痛 …………（271）
八 截瘫 …………（275）
九 神经性头痛 …………（279）
十 癫痫 …………（283）
十一 脑血管意外 …………（287）
十二 舞蹈病 …………（293）
十三 重症肌无力 …………（295）
十四 周期性麻痹 …………（298）
十五 红斑性肢痛症 …………（300）
十六 精神发育不全 …………（301）
十七 神经官能症 …………（304）
十八 精神分裂症 …………（307）
十九 癔病 …………（310）
二十 原发性多汗症 …………（313）
第六节 血液系统疾病 …………（317）
一 贫血 …………（317）
二 白细胞减少症 …………（320）

三　原发性血小板减少性紫癜 …………（322）
第七节　新陈代谢病 …………（325）
一　糖尿病 …………（325）
二　肥胖病 …………（328）
三　痛风 …………（331）
四　血脂蛋白过高症 …………（333）
第八节　结缔组织及过敏性疾病 …………（335）
一　红斑性狼疮 …………（335）
二　硬皮病 …………（338）
三　类风湿性关节炎 …………（340）
第九节　内分泌疾病 …………（343）
一　单纯性甲状腺肿 …………（343）
二　甲状腺机能亢进症 …………（345）
三　甲状腺功能减退症 …………（348）
第十节　泌尿系统疾病 …………（350）
一　肾小球肾炎 …………（350）
二　肾下垂 …………（353）
三　睾丸炎 …………（356）
四　男性性功能障碍 …………（358）
五　尿石症 …………（363）
六　小儿遗尿 …………（367）
第九章　外科疾病 …………（371）
第一节　骨、关节疾病 …………（371）
一　骨关节炎 …………（371）
二　四肢软组织扭伤 …………（373）
三　腰痛 …………（374）
四　肩关节周围炎 …………（378）
五　腕管综合征 …………（380）
六　腱鞘囊肿 …………（382）
七　肱骨外上髁炎 …………（383）
八　臂丛神经痛 …………（384）
九　幻肢痛 …………（386）
十　肋间神经痛 …………（387）
十一　震颤麻痹 …………（390）
十二　颈椎病 …………（393）
十三　落枕 …………（396）
十四　颞颌关节功能紊乱 …………（398）
第二节　皮与皮下感染 …………（399）

一　急性淋巴管炎 ……………………………………………………………（400）
二　疔疮……………………………………………………………………（402）
三　荨麻疹…………………………………………………………………（404）
四　湿疹……………………………………………………………………（407）
五　痤疮……………………………………………………………………（410）
六　酒渣鼻 …………………………………………………………………（413）
七　斑秃……………………………………………………………………（415）
八　神经性皮炎 ……………………………………………………………（418）
九　扁平疣 …………………………………………………………………（420）
十　皮肤鳞状细胞癌 ………………………………………………………（421）
十一　白癜风 ………………………………………………………………（424）
第三节　乳房疾病 …………………………………………………………（427）
一　急性乳腺炎 ……………………………………………………………（427）
二　乳腺增生病 ……………………………………………………………（430）
第四节　肛门疾病 …………………………………………………………（433）
一　痔（附：痔术后疼痛与排尿困难） ……………………………………（433）
二　肛裂……………………………………………………………………（437）
三　肛瘘……………………………………………………………………（439）
四　脱肛……………………………………………………………………（441）
第十章　妇产科 ……………………………………………………………（445）
第一节　妇科疾病 …………………………………………………………（446）
一　闭经……………………………………………………………………（446）
二　痛经……………………………………………………………………（449）
三　功能性子宫出血 ………………………………………………………（453）
四　子宫脱垂 ………………………………………………………………（456）
五　宫颈炎 …………………………………………………………………（459）
六　子宫肌瘤 ………………………………………………………………（461）
七　子宫收缩乏力 …………………………………………………………（463）
八　慢性盆腔炎 ……………………………………………………………（466）
九　外阴瘙痒 ………………………………………………………………（468）
十　女阴白色病变 …………………………………………………………（470）
第二节　产科疾病 …………………………………………………………（474）
一　妊娠呕吐 ………………………………………………………………（474）
二　胎位不正 ………………………………………………………………（477）
三　习惯性流产 ……………………………………………………………（479）
四　滞产……………………………………………………………………（481）
五　产褥感染 ………………………………………………………………（484）
六　产后出血 ………………………………………………………………（487）

七　产后腹痛 …………………………………………………………（490）
八　缺乳……………………………………………………………（494）
九　无排卵型月经失调 ………………………………………………（497）
十　月经不调 ………………………………………………………（500）
十一　不孕症 ………………………………………………………（504）
第十一章　小儿科 ……………………………………………………（507）
一　惊厥……………………………………………………………（507）
二　婴儿腹泻 ………………………………………………………（510）
三　夜啼……………………………………………………………（513）
四　小儿营养不良 …………………………………………………（516）
五　小儿疝气 ………………………………………………………（519）
六　小儿脱肛 ………………………………………………………（522）
七　小儿麻痹后遗症 ………………………………………………（525）
八　新生儿破伤风 …………………………………………………（528）
第十二章　眼科 ………………………………………………………（531）
一　麦粒肿 …………………………………………………………（531）
二　近视 ……………………………………………………………（533）
三　急性结膜炎 ……………………………………………………（534）
四　泪腺分泌功能亢进………………………………………………（536）
五　麻痹性斜视 ……………………………………………………（538）
六　色盲……………………………………………………………（540）
七　视神经萎缩 ……………………………………………………（541）
八　视神经炎 ………………………………………………………（543）
九　中心性视网膜炎 ………………………………………………（545）
十　青光眼（慢性单纯性青光眼） ………………………………（548）
十一　白内障 ………………………………………………………（550）
第十三章　耳鼻喉科 …………………………………………………（552）
第一节　耳病 ………………………………………………………（552）
一　耳鸣、耳聋 ……………………………………………………（552）
二　中耳炎…………………………………………………………（555）
三　聋哑……………………………………………………………（558）
第二节　鼻腔疾病 …………………………………………………（561）
一　鼻窦炎…………………………………………………………（561）
二　鼻出血（鼻衄） ………………………………………………（565）
第三节　咽喉疾病 …………………………………………………（569）
一　咽喉炎 …………………………………………………………（569）
二　声带麻痹 ………………………………………………………（571）
三　梅核气 …………………………………………………………（574）

四　扁桃体炎 …………（576）
五　急性扁桃体炎 …………（579）
第四节　口腔疾病 …………（582）
一　口疮…………（582）
二　牙痛…………（585）
第五节　职业病及其他 …………（588）
一　放射病…………（588）
二　冻疮…………（590）
三　高山适应不全症 …………（592）
四　戒烟…………（593）
五　减肥…………（595）
第十四章　针刺麻醉 …………（599）
第一节　针刺麻醉的诞生与发展 …………（599）
第二节　概念与分类 …………（600）
一　针刺麻醉与针刺麻醉学的含义 …………（600）
二　针刺麻醉的分类 …………（600）
第三节　作用与特点 …………（601）
第四节　影响效果的因素 …………（602）
第五节　操作方法概要 …………（603）
一　选择适宜病例 …………（603）
二　术前效果预测 …………（603）
三　优选穴位 …………（604）
四　确定手法 …………（605）
五　合理使用辅助用药…………（605）
第六节　组方与手法 …………（606）
一　颅脑手术 …………（606）
二　眼科手术 …………（607）
三　耳鼻喉科手术 …………（608）
四　口腔颌面外科手术 …………（609）
五　甲状腺摘除术 …………（611）
六　颈椎手术 …………（612）
七　肺切除手术 …………（613）
八　食管癌切除手术 …………（614）
九　心脏手术…………（614）
十　胃大部切除术 …………（615）
十一　脾切除术 …………（616）
十二　阑尾炎切除术 …………（617）
十三　疝修补术 …………（617）

十四　前列腺切除术 …………………………………………………………（617）
十五　妇产科手术 …………………………………………………………（618）
十六　骨科手术 …………………………………………………………（619）

附编·针灸学文萃

第一章　《内经》、《难经》文摘 …………………………………………………………（623）
第一节　经络 …………………………………………………………（623）
第二节　俞穴 …………………………………………………………（626）
第三节　刺灸法 …………………………………………………………（629）
第二章　历代针灸歌赋选录 …………………………………………………………（636）
第一节　综合类 …………………………………………………………（636）
一　流注指微针赋 …………………………………………………………（636）
二　针经标幽赋 …………………………………………………………（637）
第二节　俞穴类 …………………………………………………………（639）
一　天星十一穴歌与马丹阳天星十二穴并治杂病歌 ……………………………（639）
二　四总穴歌 …………………………………………………………（641）
第三节　刺灸法类 …………………………………………………………（641）
一　金针赋 …………………………………………………………（641）
二　补泻雪心歌 …………………………………………………………（643）
三　行针总要歌 …………………………………………………………（643）
第四节　证治类 …………………………………………………………（644）
一　流注通玄指要赋 …………………………………………………………（644）
二　玉龙歌 …………………………………………………………（645）
三　针灸歌 …………………………………………………………（649）
四　长桑君天星秘诀歌 …………………………………………………………（651）
五　灵光赋 …………………………………………………………（651）
六　席弘赋 …………………………………………………………（652）
七　治病十一证歌 …………………………………………………………（653）
八　孙思邈先生针十三鬼穴歌 …………………………………………………………（653）
九　徐秋夫鬼病十三穴歌 …………………………………………………………（654）
十　玉龙赋 …………………………………………………………（654）
十一　拦江赋 …………………………………………………………（655）
十二　肘后歌 …………………………………………………………（656）
十三　百证赋 …………………………………………………………（656）
十四　行针指要歌 …………………………………………………………（657）
十五　回阳九针歌 …………………………………………………………（658）
十六　杂病穴法歌 …………………………………………………………（658）
十七　胜玉歌 …………………………………………………………（659）

刀客网络营销系统欢迎各位莅临交流

嗨！您好，我是刀客网络营销系统创办人，方胜山。

请记着我的名字，因为在你未能通过互联网获得成功之前，我会一直陪伴着你！

您能理解“**8个小时之内求生存，8个小时之外求发展**”这句话的深刻意义吗？它告诉我们：

人的一生真正价值在于工作之外，工作只是为我们提供温饱，绝对不是生活的全部！

在这个物欲横流的现实社会环境下，相信你一定在寻找一种能够快速赚钱的办法。因为足够的金钱，可以让你做到下面的几点：

1.丰富的物质生活；

2.家人生活的保障

3.时间上的自由；

4.社会的尊重；

在我这个行业，一直流传着一句话：

十年打工还是工，一年网络成富翁！

虽然有点调侃的意思，但是它绝对道出了一个真理：网上创业赚

钱已经成为趋势，拥有网络在线生意就等于拥有了自动赚钱机器！

八十年代初，摆个地摊就能发财，但是很多人不敢去做，现在仍然是个穷人；
九十年代初，买支股票就能挣钱，可很多人不信，现在依然是个穷人；
二十一世纪，搭建网络建立你的在线生意就能赚钱，可很多人还是不尝试。难道你还想一直做穷人吗？！
现在是互联网时代，加入网上创业行列，你还想错过吗？如果您不想因为错过这个赚钱机会而终身后悔，那么请继续:

刀客营销专注于自动化网络创业。我坚信，一个投入最少，收获最大的自动化运营系统将是人们创业的首选，因为它不管你是在上班，还是旅游，甚至是睡觉，它都在为你：

1 天 24 小时
1 周 7 天
1 月 30 天
1 年 365 天
不间断的赚钱！

经过几年互联网创业过程的摸爬滚打，我深深的体会到：“选择不对、努力白费”这句话的含义！在互联网上赚钱的方式太多了，有些项目能赚钱，有些根本赚不到钱，有些只能赚点零花钱，有些却可以月入几十万！

我不知道你现在处于什么阶段，你是否还在做网络苦工，每天帮别人发帖、顶贴赚取少的可怜的佣金？你是否还在为每天赚几块钱或者几十块钱而沾沾自喜？您是否以厌倦了您现在的生活，您迫切需要改变您的人生？也许你工作很努力，却始终没有好的效果，因为选择不对，努力白费！或者说你没有找到真正在互联网上赚钱的方法！

其实在网络上赚钱没有你想象中复杂，你知道吗？技术是最次要的环节，一个成熟的系统支持和营销思维才是你互联网上赚钱的最有力保障！

你只要具备以下 3 个条件，你就可以在互联网获得财富！

1、定制产品

营销目的是将产品销售出去，只有当您有产品可以销售的时候营销才能体现其价值。

2、市场定位

营销的过程是将顾客引进您的系统，如何将顾客引进您的系统而后成为您的客户？我们为您准备了一系列的课程，教给你识别属于您的黄金市场，超级轻松的定位精准客户。

3、营销技巧

通过我们教授给你的各种高级网络营销方式，最大限度的挖掘您黄金市场的潜在客户源。源源不断的客户通过入口进入系统后，系统就开始自动化运作，并且通过病毒式营销自动达到循环运转自动抓潜，自动跟进，自动销售，自动追售的完整过程。让您真正拥有一个自动化赚钱系统。

如果你对我所说的感兴趣，并且有着强烈的创业赚钱欲望，想学习我说的自动化赚钱系统的具体知识，那么，请立即访问下面的网址并确认订阅，你将**立刻-马上**的拥有它：

点击免费获取上述方法的具体教程

每天有超过 1000 人通过这个链接了解到如何搭建自动化赚钱系统的方法并在 1 个月之内开始赚钱。我相信你也能做到！

但是由于每天索要资料的朋友太多导致我们没有足够的精力去开发新的课程产品以便更好的服务你，所以我们决定：

刀客网络营销系统欢迎各位莅临交流

每天只有前 50 名订阅的朋友才有权利获取到我们**免费**发送的**价值 500 元**的搭建自动化赚钱系统的珍贵教程！注意：

每天 1000 人访问，只有前 50 名能够获取！

点击免费获取上述方法的具体教程

每当机会摆在我的面前，我都会去尽全力的去抓住它哪怕希望很渺茫。那么你呢？脱离**苦 B 的生活**现状也许就取决于你现在的一个小小的行动。而且对你**没有任何的损失。**

赶快行动吧，期待和你成为终生的朋友和事业伙伴！

访问下面链接获取更多资讯:

刀客网络营销工作室简介：**http://player.56.com/v_OTM5MzIwNDM.swf**

刀客网络营销腾讯微博 http://t.qq.com/frederick_yan

刀客网络营销工作室官网 http://www.daoke123.com

刀客网络营销系统欢迎各位莅临交流



第三章　现代针灸研究进展 …………………………………………（660）
第一节　针灸临床研究进展 …………………………………………（660）
一　新疗法的研究 …………………………………………（660）
二　俞穴特异作用的研究 …………………………………………（661）
三　针法的研究 …………………………………………（661）
四　针灸对各系统疾病调整作用的研究 …………………………………………（662）
第二节　经络研究进展 …………………………………………（667）
一　循经感传现象的研究 …………………………………………（667）
二　经穴电现象的研究 …………………………………………（668）
三　证明经络存在的其它生物物理学指标的研究 …………………………………………（670）
四　循经皮肤病的研究 …………………………………………（671）
五　有关经络实质问题的探讨 …………………………………………（671）
六　关于经络研究的展望 …………………………………………（674）
第三节　针灸作用原理研究进展 …………………………………………（675）
一　关于针灸作用的研究 …………………………………………（675）
二　关于针灸作用规律的研究 …………………………………………（680）
三　关于针灸作用途径的研究 …………………………………………（682）
附录 …………………………………………（685）
一　经穴国际标准化命名索引 …………………………………………（695）
二　病症索引 …………………………………………（697）
后记 …………………………………………（700）

下编·针灸学临床

总　论

第一章　针灸治病的作用原理

第一节　扶正祛邪

疾病发生与发展的过程，从邪气与正气的关系来说，是邪与正矛盾双方互相斗争的过程。根据中医学理论观点，正气是维持人体生命能量的各种物质与功能以及由这些物质和功能所产生的抗病能力；邪气是指一切致病因素。邪正斗争的胜负，决定着疾病的进退。邪胜于正则病进，正胜于邪则病退，治病的原则就是要扶助正气或祛除邪气，从而改变邪正双方的力量对比，促使疾病朝痊愈方向转化。因此，扶正与祛邪这一重要治则，同样也是针灸补泻温清等治法的理论依据。

当人体遭受病邪（自然界的六淫和疫疠之邪，以及由病邪造成的有害产物如痰浊、瘀血、水湿等）侵犯，外感起病之初，病邪虽亢盛但正气尚未受到损害，即机体机能状态尚处于正常阶段，足以奋起抗御病邪。此时的临床表现为实证，症见壮热烦躁、声高气粗、腹痛拒按、便闭尿赤、脉数有力。例如急性阑尾炎在阑尾周围脓肿或并发局限性腹膜炎阶段的临床表现，根据中医的病因病机分析，这是湿热邪毒蕴结肠道气滞血瘀所致，属邪盛而正未伤的实证，在针灸临床上应根据“实则泻之”的治则，施以泻法祛其病邪。一般可针刺上巨虚、阑尾穴（找压痛点）、足三里，配曲池、支沟，进针得气后用紧提慢按的手法留针30～60分钟，每15分钟运针一次，隔 6 ～ 8 小时针治一次。疗效以单纯型最优；失败病，例经手术证明多数为阑尾腔粪石梗阻、阑尾粘连扭曲等原因所致。当正气耗伤、机体机能状态趋向衰退、无力抗御病邪时，其临床表现多为虚证。如神疲倦怠、心悸气短、自汗盗汗、面皖唇淡、脉细弱，常见于大病久病消耗精气和各种体液，或大汗、大出血后耗伤阳气阴液。例如慢性肾盂肾炎病久耗伤正气，肾功能欠佳，小便中经常出现蛋白，症见面皖虚浮、胫踝浮肿、低热起伏、头痛腰酸、倦怠乏力。根据病因病机分析，这是肾阳不足或脾肾阳虚所致，属久病伤正的虚证。临床针灸，应根据“虚则补之”的治则，施以补法扶其正气，一般可针刺脾俞、肾俞、志室、太溪、复溜、三阴交等穴，进针得气后用慢提紧按手法留针20～30分钟，每周治疗 2 ～ 3 次。《素问·通评虚实论篇》中所谓“邪气盛则实，精气夺则虚”就是指上述两种情况。其

治疗大法即《素问·三部九候论篇》中所指出的“实则泻之，虚则补之”。所以，补虚与泻实就是扶正与祛邪治则的具体运用。

实践证明，针灸的扶正作用是通过补的手法而实现的，祛邪作用是通过泻的手法而实现的。扶正与祛邪是两个不同治则，但两者之间具有相互为用、相辅相成的关系。扶正，使正气增强，有助于机体抗御或祛除病邪；祛邪，可以排除病邪的侵害和干扰，有利于正气的保存和恢复。

运用这一治则时，应当认真细致地观察和分析正邪双方消长盛衰的情况，并根据正邪在矛盾斗争中的地位来决定扶正与祛邪的主次先后。或扶正为主，或祛邪为主，或扶正与祛邪兼顾。以支气管哮喘为例，不发作时着重扶正，用调补脾胃的治法，这是培土生金的治法，一般可取脾经三阴交、阴陵泉，胃经足三里、解溪，任脉中脘、下脘；膀胱经脾俞、胃俞等穴。针刺用补的手法，也可取膻中、气海、脾俞、胃俞加用灸法；发作时重在祛邪，用肃肺降气，祛痰平喘的治法，一般可取肺经尺泽、列缺，胃经丰隆，任脉天突，膀胱经肺俞，奇穴定喘等穴，针刺用泻的手法；当发作时邪实而正虚也明显者，就应当扶正与祛邪兼顾，一般要权衡正气与邪气的轻重来决定补泻的多少。邪实明显正气虚而不严重者，可以先泻肺经尺泽、列缺，胃经丰隆，任脉天突。寒喘，可灸任脉膻中，后补任脉气海，肾经复溜。反之，邪气尚不严重而正气严重者，可先补任脉气海、关元，肾经复溜，后泻肺经尺泽或列缺，膀胱经肺俞，奇穴定喘等穴，常能取得满意疗效。

总而言之，扶正这一治则适用于正虚邪不盛的病症，即所谓正胜则邪自退；祛邪这一治则适用于邪盛而正虚不明显的病症，即所谓邪去则正自安；扶正与祛邪兼顾，常用于正虚邪实的夹杂病症。但要分清是正虚为主？还是邪实为主？正虚严重则以扶正为主适当祛邪，邪实严重则以祛邪为主适当扶正。如正气过虚不耐攻伐，兼用祛邪往往反使正气更伤，此时可以先扶正、后祛邪；邪气虽盛、正气尚能耐受攻伐，如兼用扶正，往往反而助长邪气，此时可以先祛邪、后扶正。一句话，在运用扶正与祛邪过程中，必须做到“扶正而不助邪，祛邪而不伤正”，关键在于权衡正气与邪气双方力量对比来掌握治则的运用，否则就犯虚虚实实的误治。

第二节　平衡阴阳

《素问·至真要大论篇》谈到治病的根本原则是“谨察阴阳所在而调之，以平为期”，大量临床实践证明，针灸是一种机体接受非特异性刺激而产生自我调节作用的治疗方法。因此，针灸治病首先要仔细审察病变的在阴还是在阳？然后运用相应的措施进行治疗予以调整。针灸调整阴阳的具体方法为：

一　阴阳偏盛

对外感病之阴邪或阳邪过盛有余的病症，应当采用“损其有余”的治法。凡阳热亢

盛者，如中了暑邪而引起的热射病，临床表现为高热、面红、口干、脉数的实热证，根据阳病治阳的治则，应当针对这一系列热性证候用“热者寒之”和“热者疾之”的治法，一般可取督脉水沟、大椎，胆经风池，大肠经合谷，胃经内庭等穴，用疾进疾出的针刺手法以泻其阳热；如感受寒邪引起的泄泻，临床表现为腹痛里急、肠鸣濯濯、大便清稀、苔白、脉沉紧的实寒证，根据阴病治阴的治则，应当针对这一系列寒性证候，用“寒者温之”和“寒则留之”的治法，取胃经的募穴天枢，任脉的神阙用隔姜灸（每穴3～5壮），胃经的大肠合穴上巨虚，脾经的络穴公孙、合穴阴陵泉，用泻的手法以祛其寒邪，一般可留针20～30分钟，中间也可作间歇运针。

二 阴阳偏衰

对内伤病之机体内阴或阳的一方虚损不足的病证。应当采用“补其不足”的治法，由于阴虚不能制阳常表现为阴虚阳亢的虚热证，例如高血压病如果由于上述病机，其临床表现既有眩晕头痛、面红、目赤而糊、心烦不宁、性躁易怒等肝阳上亢症状，又有腰酸耳鸣、健忘失眠等肾阴不足之症状，治法就应当补阴以潜阳，一般可选刺肾经的太溪、照海，任脉的关元等穴，施以补的手法。由于阳虚不能制阴，常发现阳虚阴盛的虚寒证。例如慢性肠炎，其临床表现为大便时溏时泻、食谷不化、稍进油脂大便次数明显增加、精神倦怠、四肢不温等脾阳虚弱的症状，治法就应当温阳以制水湿，一般可灸膀胱经的大肠俞、胃经的天枢、任脉的气海等穴，针刺胃经的足三里、下巨虚，脾经的三阴交，施以补的手法。如果是阴阳两虚，当然应该阴阳双补。但必须指出，由于阴阳有互根互用的关系，阳或阴的一方出现偏衰，发展到一定程度亦可发生阴损及阳、阳损及阴的互损。因此，辨证时要充分注意到这一点，以便确立兼顾的治则。以上四种治则，即《素问·阴阳应象大论篇》所谓“审其阴阳以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳，定其气血，各守其乡”的具体运用。

第三节 疏理经络气血

气血是经络和各脏腑以及其他组织功能活动的主要物质基础，气血各有其功能，又相互为用。在生理上气能生血、行血、摄血，故称“气为血帅”。而血能为气提供物质基础，血能载气，故称“血为气母”。一旦气血相互为用、相互促进的关系失常，就会出现各种气血失调的病证。针灸调理气血关系的原则为“有余泻之，不足补之”，针灸不能直接起补血作用，只能起补气和调气作用。根据中医学理论，气能生血，气胜则血生，气虚则生血无能，可致血虚或气血两虚。所以，针刺补气有间接的生血作用。气能行血，气虚、气滞，可导致血行减慢或瘀滞不畅，成为气虚血瘀或气滞血瘀。临床上许多疼痛疾病，都是由于这种原因造成，即所谓不通则痛。所以针刺镇痛是通过补气行血或理气活血而实现瘀化络通的。因此，在临床上不能见痛就用泻法，应当辨证审因，气虚血瘀者应当用补法。另外气机逆乱，血行也必然随之逆乱，如肝气化火上逆，血随气

逆则常导致眩晕头痛、目赤咯血等症，一般应当用降气和血的治法。气虚又往往不能摄血，发生血离经脉而出。如血小板减少性紫癜，针刺必须用补气的方法以摄其血。血脱者气常随血脱，治疗应根据血脱先补气的原则用补气固脱的治法。但是，调理气血必须通过调整脏腑功能才能实现。所以，调整与气血直接有关的脏腑功能，是调理气血不可忽视的一个方面。

第四节　调整脏腑功能

人体是一个有机整体。脏与脏、脏与腑、腑与腑之间，在生理上是相互协调、相互促进的。例如血的形成来源于脾胃，它的运行与心、肺、肝、脾有关，针灸调理气血是通过与这些脏腑有联系的经络而进行的。另外，当脏腑发生病变时，还必须注意某一脏腑发生病变，往往会影响其他脏腑的功能。在这种情况下，治疗就不能单纯考虑一个脏腑，而应当注意调整各脏腑之间的关系。如肺的病变，既可因本脏遭受外来致病因素而发病，亦可因其他脏腑的病变而影响及肺。如冠心病，由于心气不足、心脉瘀阻，常可导致肺气失降而喘。针灸治疗时，应当用温通心阳的治法，温灸任脉膻中。肺源性心脏病动则气喘，这是肾虚不能纳气、肺气上逆所致，应当用温肾纳气的治法，温灸任脉气海、关元。其他脏腑的病变，也应根据各脏腑生理上的相互联系和病理上相互影响的道理，按照调整脏腑功能的治则，采用不同的治法才能收到较好的治疗效果。

黄羲明

第二章　针灸治则

治则即治疗疾病的总原则，它是建立在整体观念和辨证论治基础理论上的。针灸的治则和中医其他学科一样，对临床和科研具有极为重要的指导意义；是立法、选穴、处方以及针灸手法选用的依据。治则与治法不同，治则是用以制订治法的准则，治法是治则的具体化，各种治法都必须从属于一定的治则。比如，从邪气与正气的关系来说，各种病症都离不开邪正斗争、消长、盛衰的变化。因此，就决定了扶正祛邪是治病的总则，在总则指导下的壮阳益气、回阳固脱等治法，便是扶正的具体方法；而发汗、清热、通利、攻下、活血化瘀则是祛邪的具体方法。我们在临床上经常可以见到疾病所表现的症状多种多样，其病理变化也极为复杂。病情演变有轻重缓急之分，不同时间、地点与个体机能状况，也往往会对病情变化产生不同的影响，这就要求我们在临诊时必须进行精细的辨证，要从复杂多变的病理现象中通过分析，抓住病变的本质，然后根据邪正斗争所产生的虚实证候和阴阳脏腑气血失调所引起各种不同的病理变化，作出有针对性的治疗。《素问·阴阳应象大论篇》讲的“治病必求其本”是拟订治则的理论依据。所谓治病必求其本，其目的就是要找出疾病的根本原因，并针对根本原因进行治疗。这是中国传统医学辨证论治最根本的指导思想。

在针灸临床上要运用“治病求本”这一治则，我认为应当正确掌握“治本”与“治标”和“正治”与“反治”的具体应用。

第一节　治本与治标

所谓“本”是和“标”相对而言，本与标是一个相对的概念，它具有多种含义，用来说明病变过程中各种矛盾的主次关系。从“正气”与“邪气”的关系来说，正气是本，邪气是标；从病因与症状的关系来说，病因是本，症状是标；从病变部位来说，脏腑是本，皮肉筋骨（体表）是标；从疾病先后来说，旧病、原发病是本，新病、继发病是标。这些凡是学习过中医的人都应当知道。但是，疾病的发生、发展，一般总要通过各种症状和体表一定的部位反映出来，但这些反映毕竟是疾病的现象，不是疾病的本

质。因此，需要在临诊中充分搜集疾病各个方面的情况，用中医学理论（脏腑、经络、营卫气血、病因病机等）去进行综合分析，透过现象，看清本质，找出致病的根本原因，从而确立相应的治则与治法。例如，头痛是一个症状，它可以由外感或内伤多种原因引起，治疗时就不能简单地头痛医头，而应该根据其不同致病原因，采用不同的治则与治法。外感头痛，应疏散风寒或风热；内伤头痛，应辨明是气虚还是肝阳上亢等等，这就是"治病必求其本"的意义所在。在一般情况下，标根于本，治本则标也随之而得治，但在复杂多变的情况下，论治就有标本主次之分和先后缓急之别。

一　治本

运用这一治则的关键在于抓住疾病的根本原因，例如外感风寒引起发热，风寒是病之本，发热是病之标。此时用祛风散寒的治法以解其表则热可自退；内伤病阴虚发热，阴虚是其本，发热是病之标，此时用补阴的治法，则虚热亦可自退。其他也有根据症状出现的先后而分标本的。例如美尼尔氏综合征所表现的眩晕引起呕吐，眩晕是本，呕吐是标，应先治眩晕，可刺风池、印堂或神庭等穴，眩晕控制则呕吐也往往随之而止。反之神经性呕吐，病先呕吐，难进饮食引起眩晕。就应先治呕吐，可刺内关、中脘、足三里等穴，待吐止则眩晕也可随之而愈。另外，这一治则也适用于慢性疾病及急性病恢复期，例如妇女更年期综合征，多数是肝肾阴亏所引起，肾水亏不能涵养肝木，就容易肝阳上亢或肝火上炎。一般应当用缓则治其本的治则，补益肝肾以潜其阳。可针补复溜、三阴交、关元、肾俞、太冲等穴。

二　治标

在某些特殊情况下，标病甚急，如不及时处理就可危及生命或影响疾病的治疗，此时治本不能救其急，应根据急则治其标的原则。例如中风闭症，论其病因多数由于年老肾阴亏耗、肝阳上扰巅顶而发病，但此时病势危急，应当用醒脑开窍法，刺十宣、水沟、百会等穴，先治其标；待神志清醒，再调补肝肾、宣通经络以治其本。又例如支气管哮喘发作时，痰涎上涌气道，呼吸困难，此时也应先治其标。用豁痰平喘法刺列缺、丰隆、天突、膻中等穴，待哮喘平息后，再调补肺肾或脾胃，以治其本。

三　标本同治

疾病在发展过程中出现标本病并重的局面，就应当标本同治。例如高血压病，如属于肾阴虚、肝阳亢，症见眩晕、头痛且重并有漂浮感、耳鸣健忘、心悸失眠、舌质红、苔薄白或薄黄、脉弦细而数，可针太溪、照海、肾俞等穴补肾以治其本，同时针太冲、行间、风池等穴泻肝以治其标。另外，外感病中病邪由表传里出现表里同病，例如感受寒邪引起发热、腹泻，此时在针泻合谷、曲池，清热以解其表的同时针泻天枢、上巨虚以清其里。这种表里同治，也属于标本同治的范畴。

由此可见，治标与治本这两个治则运用，既有原则性又有灵活性，关键在于必须随时注意病情变化、权衡疾病的轻重缓急，从而决定治疗的主次先后。

第二节　正治与反治

正治与反治实际上都是治病求本这一总的治则的具体应用。这两种治则在《素问·至真要大论篇》中早已提出，“逆者正治，从者反治”。正治（逆）是指采用的治法与疾病性质针锋相对的治则；反治（从）是指采用的治法的性质顺从疾病的假象而治的一种治则。

一　正治

当我们通过临床证候分析，辨明疾病性质的寒热虚实，然后分别采用“寒者热之”、“热者寒之”、“虚则补之”、“实则泻之”的治法去治疗不同性质的病证，这一治则适用于疾病的征象与本质相一致的病证。例如寒病见寒象，热病见热象，虚证见虚象，实证见实象，一般多采用针锋相对的正治治则，即寒证用温法。例如由于感受寒邪引起的痛经，由于经血受寒邪凝滞而运行不畅，它的临床表现为下腹部冷痛拒按，得热则痛减，经水量少色黯，常伴有血块，苔薄白、脉沉紧。针对病因与病状，应当用“寒者热之”的治则，取任脉中极，用泻法留针加温针或针后加隔姜灸，配以胃经水道和脾经地机（郄穴）温经以止其痛。热证用清法，例如丹毒是一种急性感染性皮肤病，其临床表现为发热恶寒，局部红肿，痛而拒按，胃纳不馨，便秘尿赤，苔薄黄、脉洪数有力。针对这种由风热引起的病证，应当用“热者寒之”的治则，选用大肠经曲池和胃经内庭，胆经风池，膀胱经风门、委中等穴用疾进疾出的针法，同时局部可用三棱针点刺出血以泄其风热。虚证用补法，例如慢性泄泻（慢性肠炎），其临床表现为黎明即泻、腹中隐隐胀痛，肠鸣音亢进，大便完谷不化，腰膝酸软怕冷，舌淡苔白、脉象沉细无力。针对这种脾肾阳虚的应当根据“虚则补之”的治则，针补脾经大横、三阴交、公孙，肾经复溜，任脉气海、关元，膀胱经肾俞、会阴，督脉命门等穴，针灸并用以补脾肾。实证用泻法，例如落枕一般都是晨起时突然发作，颈项牵强，不能俯仰转侧，患处压痛拒按。这种急性软组织损伤，多为气滞、血瘀所致，都属实证，应当根据“实则泻之”的治则，选用经外奇穴落枕穴，小肠经后溪，胆经阳辅，以疏通经气；或局部用七星针扣针后加拔火罐，以祛其瘀。以上这些治则，都属于正治范畴，是临床上最常用的治则。

二　反治

当我们通过临床证候分析，发现证候与疾病性质出现不相符的假象时，我们可以采用“热因热用”、“寒因寒用”、“通因通用”等反治的治则。运用这种治则首先要求我们在临床上注意某些疾病在正气与邪气的对比发生异常变化时，可以表现出证候与疾

病性质不相一致的情况，我们千万不能被这种假象所迷惑而采用见寒治寒、见热治热的正治的治则。反治的具体治则有以下四种：

1.热因热用：所谓“热因热用”，也就是见到假热的症状仍用温热的治法，在临床上有些疾病其病因是真寒，但由于阴寒内盛，格阳于外，反而表现出假象的征象，这种寒极似热的病理现象，中医学称为“阴盛格阳”，例如亡阳虚脱，其本质是阳衰内寒，当出现烦躁面红时，这是真寒假热现象。针对这种情况应当用温法治其真寒，灸气海、关元，则假热就会自然消退。这种用温法治疗假热的治则，即所谓“热因热用”。

2.寒因寒用：所谓“寒因寒用”，也就是见到假寒的症状仍用清热的治法。在临床上某些疾病其病因是真热却表现出假寒的征象，这种热极似寒的病理现象，中医学称为“阳盛格阴”。例如有些外感病当里热盛极之时，由于热深厥深，往往出现肢冷脉伏现象，因为本质是热，所以应当用清泄阳热的治法，治其真热则假寒也会自然消失。这种用清热法治疗假寒的治则，即所谓“寒因寒用”。

3.塞因塞用：这是一种用补法推动气的运行以治疗气机阻滞的治则，适用于气虚而导致闭塞的真虚假实证。例如脾虚可以引起气滞，发生脘腹胀满、时轻时重，但不拒按，脉虚无力，对这种真虚假实证不宜用泻法，应当用健脾益气的治法。针补阴陵泉、足三里、三阴交、下脘等穴，脾气健运则腹胀自消。又如老年人的便秘，多数由于精血不足、肠道枯燥所致。对这种便秘，就不能用导下的治法，而应当用补脾健运的治法。这些都是“塞因塞用”的治则。

4.通因通用：这是一种用通利导下来治疗实证的治则，适用于食积、瘀血及湿热蕴阻下焦的病证。例如：急性细菌性痢疾，其临床表现的特征是腹痛下利、里急后重、大便杂有脓血，这是湿毒蕴阻肠道所致。对此，就不能用正治的治则来止泻，应根据“通因通用”的治则，用通利导下来清其湿毒、导其积滞。又例如尿路结石，常出现尿频、尿急、尿痛，这是湿热壅阻膀胱所致，也应当根据“通因通用”的治则，用清热利湿的治法以排石通淋。

黄羡明

第三节 《内经》摘述

1.针灸治病的关键在于仔细观察病症的属阴属阳，然后确定治法，把阴阳偏盛偏衰调整到相对平衡的状态。《素问·至真要大论篇》：“谨察阴阳所至而调之，以平为期。”

2.针灸治病一定要鉴别病症属阴属阳，再区别病邪之刚（阳）柔（阴），然后采用阳病治阴或阴病治阳的治法。《素问·阴阳应象大论篇》：“审其阴阳，以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳，定其血气，各守其乡”。

3.由于经络气血内外左右在生理上互相贯通，因此在病理上可从阴引阳和从阳引阴。针灸治病一可采用病在左取右侧俞穴，病在右取左侧俞穴的缪刺或巨刺治法；二还有可用阴病治阳和阳病治阴的治法。例如肺为阴脏可取背部（阳）肺俞穴，胃为阳腑可取腹部（阴）中脘穴。《素问·阴阳应象大论篇》：“故善用针者，从阴引阳，从阳引

阴，以右治左，以左治右，以我知彼，以表知里，以观过与不及之理，见微得过，用之不殆。”

4.临床上常可见到阴阳偏盛偏衰之症，对阴盛而导致阳虚者，可采用先补其阳、后泻其阴的治法；反之，可采用先泻其阳、后补其阴的治法。《灵枢·终始》篇："阴盛而阳虚，先补其阳，后泻其阴而和之；阴虚而阳盛，先补其阴，后泻其阳而和之。"

5.上病下取，下病上取，中病旁取，此针灸临床常用的选穴组方之法。例如：头面疾病，远取下肢经穴；前后阴疾病，取头部经穴；胸腹疾病，取上肢穴。《灵枢·终始》篇："病在上者下取之，病在下者高取之，病在头者取之足，病在腰者取之腘。"《素问·五常大政论篇》："气反者，病在上取之下，病在下取之上，病在中旁取之。"

6.凡是络脉满实、经脉虚弱的疾病，治疗时可用灸法补其阴、刺法泻其阳。相反，经脉满实，络脉虚弱的疾病，可用刺法泻其阴、灸法补其阳。《素问·通评虚实论篇》："络满经虚，灸阴刺阳，经满络虚，刺阴灸阳。"

7.在临床上凡属风邪上乘、风阳上亢等症，均为邪气亢盛于上，可取下肢导之下行；气血不足引起的头晕头痛，应当取上部经穴，并留针候气以便近导其气；寒热不和的病症，就应当疏导其偏盛的一方；如果气分郁结而当未形成血瘀的疾病，可根据不同情况调其经脉。《灵枢·阴阳二十五人》篇："气有余于上者，导而下之；气不足于上者，推而休之；其稽留不至者，因而迎之。必明于经隧，乃能持之，寒与热争者，导而引之，其宛陈血不结者，即而取之。"

8.临床针刺治疗热病，根据"热则疾之"的刺法一般毋须留针，但《内经》中有别一种治法，即：针刺热厥时，针刺阴经二次用补法，针刺阳经一次用泻法，使阴气盛而阳邪退。针刺寒厥时，则用针刺阳经二次用补法，针刺阴经一次用泻法，使阳气盛而阴邪退。这种阳盛不单纯泻阳，而用补阴以消阳邪的治法和阴盛不单纯泻阴而用补阳以消阴邪的治法，在临床有一定的应用价值。《灵枢·终始》篇："刺热厥者，留针反为寒；刺寒厥者，留针反为热。刺热厥者，二阴一阳；刺寒厥者，二阳一阴。所谓：二阴者二刺阴也，一阳者一刺阳也。"

9.凡是脏腑（内）病变影响到体表（外）则内是病之本应先治其内，若体表（外）病变影响到脏腑（内）则外是病之本，应先治其外。如果脏腑病变影响到体表而体表症状明显者也应先治其内后治其外。反之，体表病变影响到脏腑时，也应先治其外后治其内。如果说既不是由外及内，又不是由内及外，临床上对这种不内外因所致的病症，只要采用治其主要病症即可。见《素问·至真要大论篇》："从内之外者，调其内，从外之内者，治其外。从内之外而感于外者，先治调其内，而后治其外；从外之内而感于内者，先治其外，而后调其内。内外不相及，则治主病。"

10. 凡是临床上见到邪热在上，可用推而下之的治法；病邪从下而向上发展时，也须用降法将病邪向下引导。体表出现严重寒证，如阳虚四肢厥冷，就应当留针，并用补的手法治疗。当寒邪内传入里时，可选用有关经脉的合穴泻之。针刺所不能奏效的，就运用灸法治疗。对上气不足的病症，可用推而扬之的升法以补其气，对下气不足的病症，就应当用"积而从之"的治法，留针以补其虚；对于阴阳俱虚的病症，应当用灸法

治疗。《灵枢·官能》篇："大热在上，推而扬之，从下上者，引而去之，……大寒在外，留而补之，入于中者，从合泻之，针所不为，灸之所宜，上气不足，推而扬之，下气不足，积而从之……"

邵经明

第三章　针灸治法

第一节　同病异治和异病同治

治法是在治则指导下根据辨证而确定的治疗法则。针灸治病是通过俞穴的主治、针灸的补泻操作来激发机体调节作用而取得效应的。但在运用各种治法前还须掌握同病异治与异病同治的方法。《素问·至真要大论篇》有"谨守病机，各司其属"之说。这就是"同病异治与异病同治"治则的理论依据。所谓同病异治即同一疾病用不同的方法治疗，异病同治即不同的疾病用同一方法治疗，这种治则是以中医学的病机异同为依据的。

一　同病异治

某些疾病，其受病部位和症状虽然相同，但病机却不同，所以在治则和治法上亦因之而异。同是胃病有病邪阻滞、肝气犯胃、脾胃虚寒和瘀血凝滞等不同病因病机，因此在治法上就有散寒止痛、消食导滞、疏肝理气、温补脾胃、祛瘀通络之异。例如：寒邪者，针用泻法留针，加大壮隔姜灸以逐寒邪；食滞者，针用泻法以导积滞；肝气郁滞者，用平针法以疏肝理气；脾胃阳气不振者，针用补法、留针、用小壮温灸；胃痛日久入络、血瘀气滞者，针用泻法，以理气机、活血化瘀。

二　异病同治

有些疾病，其受病部位和症状虽然不同，但主要病机相同，就可采用同一方法治疗，属肝胆气火上逆引起的头痛，和肝胆气机阻滞的胁痛，尽管发病部位不同，但都属肝胆气机失调所致，都可以取手足厥阴经和手足少阳经的穴位和有关的募、俞穴，针用泻法以调其气机。其他如内脏下垂可发生于胃、肾、子宫、直肠等脏器，其部位和症状固然不同，但其病机均属气虚下陷，因而在治疗时均可用补气升陷的治法。由此可见，同

病异治、异病同治与运用治法是密切相关的。治法是针灸理法方穴的重要组成部分，也是辨证施治不可缺少的内容。辨证审因，确定治则，接着就是立法选穴组成处方，然后才能针灸施治。

黄羡明

第二节　常用治法

一　补法

补法是用针灸扶助正气，增进功能，补益人体阴阳气血和脏腑虚损的一种治法，适用于虚证。针灸能不能补虚，历代医家有争论，《内经》强调补泻，后世有人认为针无补法。金元时代（公元1281～1385年）朱丹溪有此看法，明代（嘉靖）汪机也说针刺入人体，真气从针孔中泄出，针刺不同于药有气味作用，所以没有补、只有泻。张子和（公元1156～1228年）认为针的补法是邪祛正安。这种历史上的争论至今未休。笔者认为，针灸可以治疗各种虚证，例如肺结核的临床表现是肺虚证，针灸调补以后不仅症状改善，病灶也相应改善，所以"针无补法"之说欠妥。但虚者难奏立竿见影之效，这是事实。

泻实，一般说比补虚效果明显。实，就是太过，太过的减少比较容易；虚，是不足，不足的要补足它就比较困难。所以，一般有"泻实有实效，补虚无近功"之说。《灵枢·经脉》篇说："虚则补之"。《灵枢·九针十二原》篇说："虚则实之"，"追而济之，恶得无实"，"迎而随之，以意和之"。《灵枢·根结》篇说："形气有余，病气不足，急补之"。《灵枢·官能》篇说："阴阳皆虚，火自当之"，"下气不足，积而从之"。《难经》说："损其肺者，益其气……此治损之法也"。以上补、实、追、济、随、积、益、火皆属补法范畴。临床常用有以下几种：

1.补肾固本：取肾俞、关元俞、膀胱俞、关元、三阴交，针用补法，或针后加灸，以培补肾气、固本扶正，治疗遗精、早泄、阳萎、遗尿、虚损等病证。

2.补中益气：取中脘、天枢、气海、足三里，针用补法或针后加灸，以补中焦脾胃之气，治疗脘腹疼痛喜按，久泄久痢脾胃气虚之证。

3.补益气血：取足三里、三阴交、气海、膈俞、脾俞、肝俞，针用补法或针后加灸，以益气生血，治疗面色㿠白、神疲乏力、心悸怔忡等证。

4.补益肾阴：取志室、太溪、照海，针用补法，留针，以益肾补阴，治疗面红升火、五心烦热、遗精腰酸、阴虚盗汗、干咳久嗽等病证。

注意事项：邪气实不能用补法，邪气未尽不能早用补法，虚中夹实不能单用补法。

二　泻法

泻法是用针灸驱除邪气，恢复正气的一种治法，放血也属于泻法，运用于实证。

《灵枢·经脉》篇说："盛则泻之"，《灵枢·小针解》篇说："凡用针者……邪盛则虚之"，"满则泻之"。《灵枢·九针十二原》篇说："逆而夺之，恶得无虚"，《素问·阴阳应象大论篇》说："血实宜决之"。以上泻、虚、逆、夺、决等均属泻法范畴。临床常用有以下几种：

1.发汗解表：取风池、大椎、身柱、风门、合谷，针用泻法，以治疗感冒头痛、恶寒发热、无汗、脉浮紧的表实证。鼻塞流涕，可配迎香、列缺，以祛风开窍。

2.泻热通里：取大肠俞、天枢、丰隆、足三里，针刺用泻法，以治胃肠积滞、腹痛拒按、大便秘结、脉沉有力的里实证。

3.活血祛瘀，消肿散结：瘀血、死血阻于皮肉经络亦成为实邪，可取膈俞、血海，刺用泻法，局部选择数处，用三棱针刺出血，以泻其恶血，治疗血实之证。

注意事项：虚证不可用泻法，虚实夹杂不可单用泻法。即所谓："无虚虚"之意。

三 温法

温法是用针灸温养阳气，温经通络，回阳固脱的一种治疗方法，适用于寒证，是与治寒以热的意义一致的。《素问·至真要大论》篇说"寒者热之"和"清者温之"。《灵枢·经脉》篇说："寒则留之"和"陷下则灸之"，《灵枢·官能》篇说："结络坚紧，火之所治"和"针所不为，灸之所宜"。《灵枢·九针十二原》篇说："刺寒清者，如人不欲行"。《灵枢·阴阳二十五人形》篇说："凝涩者，致气以温之"和"已刺必熨，令热入中"。《灵枢·禁服》篇说："血寒，故宜灸之"。以上热、温、留、灸、火、熨，皆属温法范畴，临床常用有以下几种：

1.温经通络：根据寒邪所在部位，循经取穴，针用补法，留针。或用温针，针后加灸，使其产生热感，主治瘫痪、痿软，风湿痹痛等症。

2.温中散寒：取上脘、中脘、下脘、梁门、建里、足三里，针用补法、留针，或针后加灸，使其产生热感，以治疗胃脘隐痛得温则减、消化不良、脉沉迟之胃寒证。

3.回阳固脱：取关元、神阙用灸法，时间宜长，用以治疗目合口张、手撤遗尿、四肢厥冷、脉象微弱的元阳欲脱之症。

注意事项：实热证不可用温法，阴虚体质慎用灸法。

四 清法

清法是用针灸疏风散寒、清热、解毒、开窍的一种治疗方法，适用于热证，是与治热以寒的意义一致的。《素问·至真要大论》篇说："温者清之"。《灵枢·经脉》篇说："热者疾之"。《灵枢·九针十二原》篇说："刺诸热者，如以手探汤"。《针灸大全》说："有热则清之"。以上清、寒、疾等均属清法范畴。临床常用有以下几种：

1.疏风散热：取大椎或风府、风池、身柱、肺俞，用三棱针刺出血，合谷、列缺针用泻法，主治风热感冒、咳嗽、脉浮数有力的表热证。

2.清热开窍：取百会、人中、承浆、十宣，点刺法出血、用泻法，以治疗中风窍

闭、中暑昏迷、小儿惊厥、热极神昏、痰迷心窍、精神失常等热盛窍闭之证。

3.清热解毒：取大椎、颊车，翳风、合谷，针用泻法，取少商、商阳点刺出血，以治疗痄腮、咽喉肿痛、口舌生疮等温毒热证。

4.清泄里热：根据热在何脏何腑，取本经之井穴或荥穴，用毫针点刺出血，以治疗五脏六腑之热证。

注意事项：体质虚弱者禁用清法。

五　升法

升法是利用针灸升阳益气、提举下陷的方法，适用于清阳不升、头晕目眩、中气下陷、阴挺、脱肛、久痢等病证。《素问·至真要大论篇》说："下者举之"。《灵枢·经脉》篇说："陷下则灸之"。《灵枢·官能》篇说："上气不足，推而扬之"。《灵枢·刺节真邪》篇说："上寒下热……推而上之"。以上举、推、扬、上、灸都属升法范畴。临床常用如下：

1.升阳益气：取内关、气海、足三里、三阴交、百会，针刺用补法，或加灸关元，治疗清阳不升的头晕目眩、健忘、乏力等症。

2.升举下陷：取百会、长强、大肠俞，针刺用补法，可针后加灸，治疗脱肛证。针中脘透下脘，梁门透关门，天枢透外陵，气海透关元，足三里，治疗胃下垂等。

注意事项：阴虚阳亢者禁用升法。

六　降法

降法是用针灸降气、潜阳的方法，适用于气阳上逆之证。《素问·至真要大论篇》说："高者抑之"。《灵枢·阴阳二十五人形》篇说："气有余于上者导而下之"。《灵枢·四时气》篇说："抑而下之"。以上抑、导、下皆属降法。临床常用有以下各法：

1.和胃降逆：取上脘、中脘、膻中、内关、足三里，针用平补平泻法，以治疗胃气上逆、呕吐、嗳气、吐酸等症。

2.潜降肝阳：取太冲、光明、阳陵泉，针刺用泻法，治疗肝阳上亢的头晕目眩、烦燥易怒，口苦咽干等症。

注意事项：虚证、上虚下实证禁用降法。

七　消散法

消散法，是消法与散法的总称。消法，又分消食导滞和消痞化积两法。散法，也分软坚散结和祛瘀退肿两种。凡属饮食停滞、征瘕积聚、结石、疔疮痈肿、寄生虫等疾病，均可用消散法治疗。《素问·至真要大论篇》的"坚者削之"和"结石散之"，就是消散法的理论依据。针灸临床常用的消散法如下：

1.消食导滞：属通里攻下法的范畴，一般针刺泻之以通腑气，适用于饮食积滞于胃

肠，症见嗳气口臭、腹胀痛而拒按、大便秘结、脉沉有力的里实症。

2.消征排石：适用于治疗征瘕积聚和肝胆结石、泌尿系结石等病症，针刺均用泻法。

3.软坚散结：适用于治疗瘿病（甲状腺肿大）、久疟脾脏肿大、肝硬化等病症，针刺一般均用泻法。

4.祛瘀消肿：适用于急性单纯性阑尾炎、颈淋巴结核、局部扭伤血瘀肿痛、早期的疔疮疖痈和腱鞘囊肿等病症，针刺均用泻法或刺络放血法。

注意事项：消散法临床均应用于实证，是一种攻伐邪实的治法，久用或重用每易耗伤正气。其中，祛瘀消肿法不宜用于局部外科病症已化脓者；软结消坚法用于治疗内脏病时要注意正气，凡正虚者应补泻两法并用。

八　开窍法

开窍法，适用于治疗惊风、癫痫、中风等突然昏厥或由热性病引起的神志昏迷等闭证，是一种通关开窍的治法。临床应用分清热开窍（清心开窍）、化痰开窍和逐寒开窍三种。

1.清热开窍：用于热证神智昏迷、烦躁不安、四肢抽搐、唇焦齿燥等病症，一般可针刺水沟、印堂、间使、十宣等穴，以泄热宣窍。

2.化痰开窍：用于猝中、癫痫、神识昏迷、牙关紧闭、喉间痰声漉漉，以及小儿痰热内壅发生昏睡、四肢抽搐、急惊实证等病。一般可针刺水沟、百会、少商、列缺、丰隆、太冲或行间等穴。

3.逐寒开窍：适用于脑血管痉挛的突然昏倒、面色青白、四肢厥冷之类病症，一般可温灸百会、气海、膻中、复溜等穴。

注意事项：开窍法，只能用于各种原因疾病的神智昏迷阶段，属于一种急救的治法，有些病情复杂、证情严重，针灸只能作为中西医综合治疗中一种可以暂时应用的治法。对于汗吐下引起的虚脱、失血，或年老精气备虚引起的晕厥以及猝中后遗症、神智已经清醒者，均禁用或慎用开窍法治疗，否则徒然耗伤正气，耽误疾病的康复。

黄羡明

第四章　针灸的选穴组方

针灸处方的组成，是根据中医学基本理论、辨证施治原则，结合俞穴功能，选配相应协同作用的俞穴，从而构成了理、法、方、穴、术的针灸处方。在本节里重点介绍选穴原则和配穴方法。

第一节　针灸经穴处方

选取经穴处方，根据文献记载，历代针灸医学家，是从积累之丰富经验中发展起来的，这是针灸临床实践中一个十分重要的内容。选穴方法可概分为近部取穴、远部取穴和对证取穴三种。近取法，是指选取与病痛局部或邻近部的穴位；远取法，是指选取与病痛较远部的穴位；对证取穴法，是指选取某些穴位治疗全身和局部疾患的有效穴位。所以，近取、远取和对证取穴，三者在临床上既可单独采用，也可结合应用。一般应根据病情需要而决定。

一　近取法

即在受病的五官、肢体或脏腑等部位发生病变处，选取病痛就近穴位进行针灸治疗，故又称之为近部取穴法。例如：眼部疾患，取睛明、风池、瞳子髎；牙痛，取颊车、下关；口歪，取颊车、地仓；耳病，取听宫、翳风；鼻病，取迎香、印堂；咳嗽，取天突、肺俞；胃痛，取中脘、梁门、胃俞；腹痛，取天枢、气海；膀胱病，取中极、关元、次髎；肘痛，取曲池、天井、手三里；膝痛，取犊鼻、阳陵泉；腕痛，取阳池、外关；足踝痛，取昆仑、解溪……。若病痛的局部有炎性病灶、创伤、疤痕或该部内有重要脏器不可刺者，则须改用邻近穴位进行针刺。

对于近部取穴，前人积累有许多丰富经验。如《玉龙歌》说："眉间疼痛苦难当，攒竹沿皮刺不妨，若是眼昏皆可治，更针头维即安康"。又如《百症赋》说："悬颅、颔厌之中，偏头痛止"。再如《通玄指要赋》说："大抵脚腕痛昆仑、解愈，股膝痛阴市能医"。近代针刺麻醉手术，如颅脑手术取颧髎，甲状腺手术取扶突均有较好疗效。此

外，内脏病变取有关夹脊穴等，均属近部取穴法范畴。

二　远取法

远，是指临床选取与病证较远部位有关穴进行治疗。一般多用肘膝以下穴位为主。如咳嗽、咳血，取尺泽、鱼际；口齿痛，取合谷、内庭；胃痛，取内关、足三里或公孙；腰背痛，取委中、昆仑。历代医家也积累有许多经验，如《针灸聚英·肘后歌》说："头面之疾针至阴，腿脚有疾风府寻；心胸有病少府泻，脐腹有病曲泉针；肩背诸疾中渚下，腰膝强痛交信凭；胁肋腿痛后溪妙，股膝肿起泻太冲；阴核发来如斗大，百会妙穴真可骇；顶心头痛眼不开，涌泉下针定安泰"。为了临床取穴需要，对近、远取穴举例如表4－1。

表4－1　近部取穴、远部取穴举例

病位		近部取穴	远部取穴
头部	前额	印堂、阳白	合谷、内庭
	颞部	太阳、率谷	足临泣、中渚
	后头	风池、天柱	后溪、束骨
	头顶	百会	太冲
眼部		睛明、承泣、风池	合谷
鼻部		印堂、迎香	合谷
口齿部		颊车、下关、地仓	合谷
耳部		翳风、听宫、听会	中渚、外关
舌部		廉泉	合谷
咽喉部		天容	合谷
气管		天突	列缺
肺部		肺俞、膻中、天突	列缺、尺泽
心脏		心俞、厥阴俞、膻中	内关、神门、郄门
胃		胃俞、中脘	内关、足三里
肝脏		肝俞	太冲
胆		胆俞	胆囊穴、阳陵泉
肠		大肠俞、小肠俞、天枢	上巨虚、足三里
肾脏		肾俞、志室	太溪

续表

病　　位	近　部　取　穴	远　部　取　穴
膀　　胱	次髎、中极	三阴交
前　　阴	中极、关元	三阴交
肛　　门	长强、秩边	承山
上　　肢	肩髃、曲池、合谷	夹脊（颈5～胸1）颈臂
下　　肢	环跳、委中、阳陵泉、悬钟	夹脊（腰3～骶1）

三　随证取穴法

亦称辨证取穴或对证取穴。是根据临床辨证，结合病情，选取主治作用相应的俞穴。也可称之为经验取穴。它与近部和远部取穴不同。远或近取穴，都是以病痛部位为依据。但对于发热、自汗、盗汗、虚脱、失眠、多梦和其他一些全身证候等就不适宜了。因此，需要辨证取穴，进行治疗。如：外感发热，取大椎、合谷、风池；昏迷急救，取人中、素髎、内关；阴虚、发热盗汗，取阴郄、复溜；气郁胸闷气促，取膻中；血虚或慢性出血疾患，取膈俞等。再如临床常用前人经验的八会穴，均属于辨证随证取穴的范畴。

此外，按压痛点取穴，亦属于对症取穴法。在临床上运用，可补以上三法取穴的不足。此法早在《内经》中就有"以痛为俞"和"在分肉间痛而刺之"的记载。今称之"阿是穴"，就是从古代医籍中演变而来的。《针灸聚英·肘后歌》说："打仆伤损破伤风，先于痛处下针攻"。这些都是以压痛点治疗疾病的先例。现在临床仍广泛应用。如瘰疬、气瘿等均有较好疗效。现将临床常用对症取穴举例如表4－2。

表4－2　临床常见症状对症取穴表

症　　状	选　　　穴	症　　状	选　　　穴
发　　热	大椎、曲池、合谷	咽下困难（噎症）	天突　内关
昏　　迷	人中、十宣	胸　　闷	中脘、内关、膻中
虚脱（休克）	灸百会、脐中、关元，足三里	恶心呕吐	内关　足三里
多　　汗	合谷、复溜	呃逆（膈肌痉挛）	膈俞、内关、劳宫
盗　　汗	后溪、阴郄	腹　　胀	大枢、气海、内关、足三里
失　　眠	神门、三阴交、太溪	胁肋痛	支沟、阳陵泉
多　　梦	心俞、神门、太冲	消化不良	足三里、公孙
失　　音	廉泉、扶突、间使	尿　　闭	三阴交、阴陵泉

续表

症　状	选　　穴	症　状	选　　穴
牙关紧闭	下关、颊车、合谷	遗精、阳萎、早泄	关元、三阴交
舌强失语	哑门、廉泉、合谷	尿失禁	曲骨、三阴交
喉梗阻	天突、扶突、合谷	便　秘	天枢、支沟
流　涎	人中、地仓、合谷	脱　肛	长强、灸百会
心　悸	内关、郄门	腓肠肌痉挛	承山、阳陵泉、昆仑
胸　痛	膻中、内关	皮肤瘙痒	曲池、合谷、血海、三阴交
咳　嗽	天突、列缺	虚　弱	关元、足三里

第二节　配穴方法

配穴方法是在选穴原则的基础上，根据临床治疗各种病证的需要，选择具有协同作用的两个以上的穴位配伍，即可组成针灸处方。但据文献记载和临床观察，单穴用于临床也应加以重视应用。现将单穴应用和常用配穴方法，分别介绍如下。

一　单穴独用和同穴双侧配穴法

单穴多指任督二脉的某些俞穴，独用于临床，对一些急症或慢性疾患，均有一定的疗效。例如：突然昏厥，不省人事，针刺人中则有较好疗效；小儿发热或发热突然惊厥抽搐，针刺印堂效果较明显；热邪所致鼻出血，针刺印堂也有同样效果；外感发热或疟疾，针刺大椎有退热截疟疾的作用；癔病性失语，针刺哑门即可恢复；吐泻失水出现肢冷汗出虚脱者，灸神阙能起回阳固脱之效；癫痫持续发作，针刺腰奇则有显著疗效；痔疾肿痛，深刺长强则有消肿止痛的作用。但是，临床选用单穴时，要有明确诊断，力争作到取穴正确、针刺深度和方向合适，才能达到取用单穴治疗疾病的目的。它如十二经穴临床的单用，在远部取穴《肘后歌》中已举例叙述，在此不再重复。

同穴双侧配穴法：即在治疗疾病时，选取十二经穴同经、同名穴，左右对称配用，有助于提高治疗效果。例如：咽喉肿痛，点刺少商穴出血，则有消肿止痛之效；颈项强痛不能转侧回顾，针刺双侧后溪穴，往往比单刺一侧效果明显；不论何因所致的子宫大出血，针刺或艾灸双侧隐白穴，出血立止或明显减少出血量；痛经，针刺双侧三阴交，止痛效果也较明显。总之，同名经穴左右同用与用一侧单穴，对有些疾病在疗效上确有明显差异。

二　前后配穴法

本法不限于特定穴中的俞募配穴法，而是属于《灵枢·官针》篇所载"偶刺"法的范畴。例如：失语，针哑门配廉泉；中风昏迷，针风府配人中；风火头痛，针风池配太阳；命门火衰、肾阳虚微、证见阳萎早泄，灸命门配关元或针灸并用；痛经，针次髎配归来等等前后配穴，临床往往获得较好效果。

三　表里配穴法

本法是以脏腑经络的阴阳表里为依据。但不限于特定穴中的原络配穴法和主客配穴法。而是凡阴经有病同时可配相表里的阳经穴位；阳经有病同时也可配相表里阴经的穴位；脏与腑有病也同样可配表里经有关俞穴。《灵枢·口问》篇载："寒气客于胃……补足太阴、阳明"。"五邪"篇又说："邪在肾，则病骨痛阴痹……取之涌泉、昆仑。"据临床观察：外感咳嗽，针合谷以解表，配太渊可理肺止咳；胃痛呕吐，针灸足三里配公孙则可止痛止呕；肾虚失纳之气喘；针灸肺俞配太溪则可纳气平喘；胸胁胀痛，针阳陵泉配太冲可理气止痛。从而说明经络脏腑表里经穴相配，具有较好效果。

表里配穴法，是针灸临床常用的一种配穴方法，为历代医家所重视。如《百症赋》说："天府、合谷鼻中衄血宜追"，"梦魇不宁厉兑相谐于隐白"，"阴郄、后溪治盗汗之多出"、"女子少气漏血，不无交信、合阳。"又如《杂病歌》说："腰连脚痛怎生医？环跳行间与风市"等等。都是表里经穴配伍。近代针刺麻醉也同样采用表里经配穴法。如肺切除术取三阳络透郄门、外关透内关等，也属于表里配穴法的范畴。

四　左右配穴法

是以经络循行借助于络脉纵横交错的特点为配穴的依据。加之经脉循行的左右对称，故左右配穴可加强治疗作用，有助于提高临床疗效。例如左侧面瘫，既取患侧的面部穴位，又配健侧的合谷；再如偏头痛既可取患部胆经有关穴位，又可取健侧远端的阳陵泉、侠溪。当然，远端穴也可左右并用，例如内脏的胃痛，临床常用足三里、内关、胃俞等左右同用，疗效常可优于单用一侧穴位。

此外，左病取右、右病取左的缪刺和巨刺，既符合远部取穴的原则，又是一种左右取穴方法。缪刺和巨刺的区别，就在于缪刺多用病邪在络而未深入至经，点刺络脉出血（如咽痛口干、心烦，点刺关冲出血），使邪随之而出；而巨刺是病邪深入至经，宜针刺对侧的经穴（如偏瘫、痹痛等证，舍患侧而取健侧的曲池、合谷和下肢的阳陵泉、足三里等），以调整阴阳气血，使正得扶而邪祛。

古之点刺浅部络脉出血，现称为刺络泻血疗法，仍普遍应用于临床，对瘀血、实热等症具有活血化瘀、清热止痛作用。

五　上下配穴法

上，指上肢和腰部以上；下，指下肢和腰部以下。《灵枢·终始》篇说："病在上者，下取之；病在下者，高取之；病在头者，取之足；病在腰者，取之腘。"上下配穴法，临床上运用最广。《内经》中已经奠定了上下配穴、辨证分经施治的理论基础。如：咽喉疼痛、牙痛，上肢取合谷，下肢配内庭；急性闪挫腰疼痛不能俯仰，上取督脉的人中，下配长强；脱肛，上取百会，下配长强，均有一定疗效。

上下配穴法，历来为针灸医学家所重视。《百症赋》云："观其雀目肝气，睛明、行间而细推；审项强伤寒，温溜期门而主之。……项强多恶风束骨相连于天柱；热病汗不出，大都更接于经渠。委阳、天池，腋肿针而速散；后溪、环跳，腿痛刺而即轻"等等。现在临床上运用的八脉交会穴，也是前人总结上下配穴法的实践经验之一。就近代针刺麻醉配穴来说，临床施术也多采用上下配穴法。例如：胃病部分切除术的针刺麻醉，上肢取内关，下肢配足三里或公孙；甲状腺摘除术，上取扶突，下配内庭等等，也都属于上下配穴法。

六　针灸处方与施术的关系

针灸处方原则和配穴方法，都是以脏腑经络理论为指导进行辨证治疗的。因此，在临床上就构成了理、法、方、穴、术的一整套理论体系。

临床中虽用同一针灸处方，但由病情有寒热虚实的不同，在治疗施术时，就应有温清补泻和宜针宜灸之异。同时，也关系到处方配穴加减的规律。临床必须加以了解和掌握，才能提高治疗效果。《灵枢·终始》篇说："凡刺之道，气调而止，补阴泻阳，音气益彰，耳目聪明，反此者，血气不行"。从而说明针刺操作不同，就会产生不同的治疗效果。例如：针刺补合谷、泻三阴交，对气滞经闭，有行气活血、通经化瘀之效，但对孕妇禁忌；针合谷、复溜，分别采用补泻不同手法，既可发汗，又可用于止汗。这都是由于施术补泻的不同，所产生治疗不同作用。所以《灵枢·邪气脏腑病形》篇说："补泻反则病益笃。"这是首先说明的第一点。

至于针刺深浅，一定要因人因病制宜。因为它是提高疗效、保证安全的环节之一。如临床上用一处方，由于针刺有宜深宜浅的不同，而获得疗效的大小也有所差异。《灵枢·官针》篇指出："疾浅针深，内伤良肉，皮肤为痈；疾深针浅，病气不泻，反为大脓"。临床施治，一方面要注意针刺的安全、另一方面还要注意因人因病制宜。《灵枢·终始》载："春气在毫毛，夏气在皮肤，秋气在分肉，冬气在筋骨，刺此病者，各以其时为齐。故刺肥人者，以秋冬之齐，刺瘦人者，以春夏之齐。"临床实践中，应灵活掌握。

针灸取穴有主次，施术有先后。《灵枢·五色》篇指出："病生于内者，先治其阴，后治其阳，反者益甚。其病生于阳者，先治其外，后治其内，反者益甚。"说明临床施术先后不同，则获效也有差异。《周痹》篇又说："痛从上下者，先治其下以过之，后治其上以脱之；痛从下上者，先治其上以过之，后治其下以脱之。"在临床治疗中，一

般施术是先上后下、先阳后阴，但遇特殊情况时，就应结合病情实际进行施术，否则会影响治疗效果。

针所不为，灸之所宜。针与灸虽然临床不少同时并用，但由于针与灸的作用不同，所以《素问·异法方宜论篇》提出："针所不为，灸之所宜。"指明了针灸临床，应根据病情需要，宜针则针，宜灸则灸。如证属实热宜刺之，虚寒者应用艾灸。或针灸并用，或多针少灸，或少针多灸等。

针灸处方俞穴的加减，是随病证的转化而决定，但处方中的主穴是针对病情实际制定的。对某些病证起着主治作用。所以处方中的主穴在一般情况下不会变更。针灸处方俞穴的加减与中药处方品味的变化一样，随病情轻重或有合并症，都应化裁加减，才能获得更好的疗效。例如：治疗呼吸系统疾病，多以肺俞为主穴；外感咳嗽，可加合谷、列缺；咳喘吐痰过多，加中脘，足三里或丰隆；咳喘合并肺气肿，可加肾俞、关元、太溪；肺源性心脏病，可加厥阴俞、心俞。据临床观察，凡肺心病，多从肺气肿的转化而来，临床可与肺气肿的用穴轮换选用、标本兼顾。从而说明病变方更、灵活掌握，是针灸治疗比较复杂病变的重要环节。深入研究，临床实践，反复观察，才能得到体会和经验，达到运用自如的目的。

邵经明　邵素菊

第三节　特定穴选用法

特定穴是十四经俞穴中部分具有特殊治疗作用，并有一定名称的俞穴总称，包括五输穴、原穴、络穴、背俞穴、募穴、八会穴、八脉交会穴、郄穴、下合穴等。特定穴的出现，早在《内经》中就有记载，如《灵枢经》中的《九针十二原》、《本输》、《背俞》、《经脉》等篇对原穴、五输穴、下合穴、背俞穴、络穴等均有了较详细的记述，《甲乙经》明确记载了募穴、俞穴。《难经》补八会穴，元代窦氏《针经指南》又创八脉交会穴，之后历代医家不仅在临床上十分重视特定穴的应用，并在理论上对各特定穴也进行了发展，使得特定穴在临床上的应用范围越来越广泛，使用方法也越来越多。兹分别介绍如下：

一　五输穴选用法

五输穴是十二经分别自指趾端起，至肘膝关节顺序排列的井、荥、输、经、合五个重要俞穴的总称。"五输"之名首见于《内经》、《灵枢经》的《九针十二原》、《本输》、《根结》、《卫气》等篇，说明了五输穴的具体内容。如《九针十二原》指出："以上下所出为井，所溜为荥，所注为输，所行为经，所入为合，二十七气所行，皆在五俞也。"《寿夭刚柔》、《顺气一日分为四时》等篇分述了五输穴的主病规律，《难经》第62～79难对其使用方法又做了进一步解释。至《甲乙经》补《内经》、《难经》手少阴心经五输穴之缺，形成了完整系统的五输穴理论。

十二经五输穴及其五行属性详见表4－3、表4－4。

表4－3　六阴经五输穴五行配属

六阴经	井（木）	荥（火）	输（土）	经（金）	合（水）
手太阴肺经（金）	少商	鱼际	太渊	经渠	尺泽
足少阴肾经（水）	涌泉	然谷	太溪	复溜	阴谷
足厥阴肝经（木）	大敦	行间	太冲	中封	曲泉
手少阴心经（火）	少冲	少府	神门	灵道	少海
足太阴脾经（土）	隐白	大都	太白	商丘	阴陵泉
手厥阴心包经（相火）	中冲	劳宫	大陵	间使	曲泽

表4－4　六阳经五输穴五行配属

六阳经	井（金）	荥（水）	输（木）	经（火）	合（土）
手阳明大肠经（金）	商阳	二间	三间	阳溪	曲池
足太阳膀胱经（水）	至阴	通谷	束骨	昆仑	委中
足少阳胆经（木）	足窍阴	侠溪	足临泣	阳辅	阳陵泉
手太阳小肠经（火）	少泽	前谷	后溪	阳谷	小海
足阳明胃经（土）	厉兑	内庭	陷谷	解溪	足三里
手少阳三焦经（相火）	关冲	液门	中渚	支沟	天井

临床上，五输穴受到了历代医家的普遍重视，总结并创立了许多有效、实用的针灸处方，其中多数穴位属于五输穴的范畴。如金·刘完素在《素问病机气宜保命集》中约有20多种病用到针灸治法，在这些治法所选的30余个穴位中大多数是五输穴，尤以三阳经的五输穴为最多。张元素重视用五输穴治疗伤寒热病，其中又以井、原穴为主。目前，五输穴的应用方法较多，主要有以下两种：

1.五输穴的单独使用：这是十二经五输穴在横的方面所具有的相似性治疗作用。正如《灵枢·顺气一日分为四时》篇中所说："病在脏者取之井；病变于色者取之荥；病时间时甚者取之输；病变于音者取之经；经满而血，病在胃，及以饮食不节得病者，取之于合。"这是五变合于五输的应用规律。《难经·六十八难》更进一步指出了五输穴的具体应用："井主心下满，荥主身热，俞主体重节痛，经主喘咳寒热，合主逆气而泄。"

井穴：根据五输穴理论，井穴是阴阳交会、气血流注的起点，主要作用可归结为以下两点：①开窍泻实，凡经脉中气血失畅，气机闭结所致的中风卒倒、不省人事、昏厥、癫狂等证，及急性热病，烦满躁动、咽喉肿痛、经脉所过之处红肿热痛等病，皆可施用泻法，刺井出血，有开窍醒神、清泻实热的作用。因脏之所藏者，精神气血魂魄也，井穴又为脏腑经脉之气循行交接之处，故刺之通贯经脉脏腑之气，而治急症、热病。②通经宣痹，凡血少不荣，气虚不煦而见肢体麻木不用、乳汁不通、溲涩不畅等，施以井穴放血，针刺、艾灸也有一定疗效。如大拇指麻木不仁，可点刺少商少量出血等。井穴运用范围较广，虚实寒热皆可施针，阳经井穴主要在于泻实祛邪，阴经井穴则尚能

助气、行血、补虚。如涌泉之治虚喘，瘖不能言；隐白之治妇人漏血不止，足寒不能温等。

荥穴：凡各经热病初起，病变于色者，皆可取其荥穴治疗，所以说："荥主身热"。主治一切热性疾病，包括实热和虚热。如外感肺热、咳喘颊赤，可刺肺经鱼际；疟疾时冷时热，可刺小肠经前谷穴；阴血不足引起的掌中发热及全身虚热，可刺肺经鱼际，以清虚热、育阴血。

输穴：有益气化湿，通经活络，散瘀止痛之效。凡寒湿留滞，经气不畅所致的一切肢体疼痛，时好时甚的各种疼痛疾病及由于气虚而水湿不化引起的肿满、倦怠、咳喘、溏泄、遗溺等一类证候，都可以选用输穴来进行治疗。即所谓"输主体重节痛。"如上肢内侧痹痛，可取大陵、太渊；下肢痹痛，可取太冲、太溪治疗等。

经穴：有疏通经络、清热祛寒的治疗功效。主治肺经受邪引起的寒热咳喘及风寒外邪入客经脉引起的身寒不能自温、经血不畅、妇人月事不通、血痔、诸节作痛等病证。另外，根据"病变于音者，取之于经"的原则，各经病变累及某一脏器时，也可取该经经穴治疗之，以调整其偏盛偏衰。如脾脉上连舌本，散舌下，所以本经发生的舌本强痛，可取本经经穴商丘疗之；三焦火盛、胁痛目赤、大便不通者，可刺泻本经经穴支沟，以清泻三焦，通腑降逆。所谓"经主咳喘寒热"是指经穴主治范围的代表证候。

合穴：具有调脏腑，益精气的作用，凡是由于脏腑不和(或邪客，或不足，或有余)出现的胀满、逆气、结滞、泄泻，使用合穴多有一定的治疗效果。尤其对于胃肠疾病及一切慢性疾病，合穴具有健脾强胃，扶正培元、祛邪防病之效。如：足三里可治一切胃肠疾病；阴陵泉有利尿作用；少海可治心脏疾病。《灵枢·邪气脏腑病形》篇说："合治内腑"，说明合穴对于六腑疾患具有特殊的治疗作用，详细内容见后下合穴。

临床上，阳经的荥穴，输穴在应用时，还可根据"荥俞治外经"（《灵枢·邪气脏腑病形》篇）的原则，用于治疗本经所过之处的外部经脉疾病，其具体体现，正如《灵枢·五乱》篇中所述："气在于头者，取之天柱、大杼，不知取足太阳荥俞；气在于臂足，取之先去血脉，后取其阳明少阳之荥俞。"

上述"井、荥、输、经、合"五输穴的主治病证，是从它们各自的主治共同性讨论的。五输穴的主治个性，则应属于它的生克关系。

2.补母泻子选用法：补母泻子法即五输配五行的用法，十二经五输穴都具有五行属性，五行相生则有母子关系，因此治疗时就可以根据疾病虚实，运用"母能令子实，子能令母虚"（《难经·七十五难》）的原理，采用"虚者补其母，实者泻其子"（《难经·六十九难》）的方法施刺。它既可以选用本经母子穴，也可选用它经的母子穴。具体地说，如某经发生虚性疾病，既可以补本经的母穴，也可以补母经的俞穴。如某经发生实性病变，既可以泻本经的子穴，也可以泻子经的俞穴。这就是所谓本经母子补泻法和它经母子补泻法。例如：肺（金）虚，则可以取手太阴肺经的母穴（土穴）太渊补之，也可以取肺经之母经——足太阴脾经之穴位，或脾经之土穴太白穴；肺实时，可取手太阴肺经的子穴（合穴）尺泽泻之，也可取其子经——足少阴肾经的穴位，或肾经之合水穴阴谷。

二　原、络穴配用法

原穴，是脏腑原气所经过和溜止的部位，是十二经脉在腕踝关节附近的一个重要经穴，又名“十二原穴”，正如《难经·六十六难》所说：“齐下肾间动气者，人之生命也，十二经之根本也，故名曰原（气）。三焦者，原气之别使也，主通行三气，经历于五脏六腑。原者，三焦之尊号也，故所止辄为原（穴）。五脏六腑之有病疾者，皆取其原（穴）也。”十二经原穴，即肺经原出太渊，心包经原出大陵，肝经原出太冲，脾经原出太白，肾经原出太溪，心经原出神门，大肠经原过合谷，胃经原过冲阳，小肠经原过腕骨，膀胱经原过京骨，三焦经原过阳池，胆经原过丘墟。五脏原穴首见于《灵枢·九针十二原》篇，六腑原穴见于《灵枢·本输》篇，《甲乙经》补充了心经原穴，从而形成了系统完整的十二原穴理论。阴经原穴，就是五输穴中的输穴即以输代原，正如《类经图翼》所谓：“阴经之输并于原。”六阳经则于输穴之外，另有原穴。《难经·六十二难》曰：“三焦行于诸阳，故置一俞名曰原。”意即三焦原气行于外，阳经脉气盛长，故于输穴之外另有原穴。六阳经的原穴又与根溜注入穴中的溜穴相同。

络穴，是络脉所属的穴位，也是经脉别出联系表里两经的部位。在四肢部肘膝关节以下，十二经脉各有一络穴，沟通表里两经之间的相合关系，即肺经络穴列缺，大肠经络穴偏历，脾经络穴公孙，胃经络穴丰隆，心经络穴通里，小肠经络穴支正，肾经络穴大钟，膀胱经络穴飞扬，心包经络穴内关，三焦经络穴外关，肝经络穴蠡沟，胆经络穴光明。在躯干部的前、后、侧，又有任脉络穴鸠尾，督脉络穴长强，脾之大络大包。以上络穴合称十五络穴，其穴首载于《灵枢·经脉》篇。另外，《素问·平人气象论篇》说：“胃之大络，名曰虚里，贯鬲络肺，出于左乳下，其动应衣，脉宗气也。”因此，又有“十六络穴”之说。

临床上，原穴和络穴都可单独应用。原穴是脏腑原气经过和溜止之处。因此，脏腑发生病变时，就会相应地反映到原穴上来，诊察十二原穴的形气变化，便可推断脏腑的病情。正如《灵枢·九针十二原》篇所说：“五脏有疾也，应出十二原。十二原各有所出，明知其原，睹其应而知五脏之害矣。”由于原气通过三焦布散于原穴，因此针刺原穴能通达三焦原气，具有调整脏腑经络的功能，借以挥其维护正气、抗御病邪，所以原穴在治疗内脏疾病上，有着重要意义。正如《灵枢·九针十二原》篇所谓：“十二原出于四关，四关主治五脏，五脏有疾，当取之十二原……凡此十二原者，主治五脏六腑之有疾者也。”如太溪主治肾不纳气之虚喘证及肾虚腰痛、阳萎遗精等。

络穴主治各络脉的病证，如手太阴肺经络脉，实则手掌发热，虚则气短，小便频数或遗溺，皆可取其络穴列缺来进行治疗。其余各络穴主治可参看《灵枢·经脉》篇。又因络穴是经脉别出联系表里两经的部位，因此络穴又能疏调表里两经的经气，对于表病及里或里病及表的相表里两经之病证有独特疗效。如足太阴脾经络穴公孙，既能治疗腹痛、泄泻、多饮水肿之脾经病证，又能治疗胃疼、呕吐、饮食不化、发狂妄言之胃经病证。

原穴和络穴配合应用，称为原络配穴法，或主客配穴法，属表里（阴阳）配穴法的

范畴，是临床常用的配穴方法。其法以原发疾病经脉的原穴为主，以相表里的经脉的络穴为客，二穴一主一客，相互配合，能通达内外、贯彻上下。对内脏与体表疾患均有较好的治疗作用。如太渊配偏历，主治咳嗽、气喘、上肢浮肿；合谷配列缺，主治外感咳嗽、偏正头痛；冲阳配公孙，主治胃痛呕吐、肠鸣腹痛；太白配丰隆，主治胸腹胀闷、痰饮咳嗽；神门配支正，主治怔忡、惊悸、癫痫、目眩；腕骨配通里，主治头项强痛、舌强不语；京骨配大钟，主治头腰背痛、目疾、足痛；太溪配飞扬，主治头痛咽肿、咳嗽目眩；大陵配外关，主治胸肋疼痛、心烦吐血；阳池配内关，主治胸胁胀痛、头痛发热；丘墟配蠡沟，主治少腹疝痛、胁肋胀痛；太冲配光明，主治肝胆火旺、目赤肿痛等。

三　郄穴选用法

郄穴是经脉气血曲折深聚的地方，郄有间隙、通透的意思，郄穴多分布在四肢肘膝关节以下的筋骨间隙，故名。十二经及二维、二跷脉各有一郄穴，故又称“十六郄穴。”郄穴之名在《甲乙经》中就有了明确的记载。十二经郄穴分别是：手太阴肺经孔最，手厥阴心包经郄门，手少阴心经阴郄、手阳明大肠经温溜，手少阳三焦经会宗，手太阳小肠经养老，足阳明胃经梁丘，足少阳胆经外丘，足太阳膀胱经金门，足太阴脾经地机，足厥阴肝经中都，足少阴肾经水泉。另有奇经四郄穴，即阴跷脉交信，阳跷脉跗阳，阴维脉筑宾，阳维脉阳交。

郄穴是治疗本经循行所过部位及其所属脏腑的急、重病痛以及顽固性疾病和出血性疾病的常用有效穴。如：肺病咳血，取孔最；胃脘疼痛，取梁丘；心胸疼痛，取郄门、阴郄；地机，治疗顽固性痛经；养老，治疗急性腰扭伤；筑宾，治疗月经过多、子宫功能性出血与肾绞痛；中都，主治崩漏、疝痛、少腹急痛；水泉，主治心胸闷痛，足跟肿痛；温溜，主治头痛、面舌肿痛、疔毒；外丘，主治头项强痛、胸胁胀痛；金门，主治小儿惊风、癫痫、耳聋；会宗，主治手臂酸麻，胁肋疼痛等。临床上郄穴常和八会穴配合运用，如：肺经郄穴孔最配血之会穴膈俞，治疗肺痨咯血；胃经郄穴梁丘配腑会中脘，治疗胃痛吐酸等。临症时，可根据辨证和所涉及的脏腑经脉，灵活配用。一般阴经郄穴多治血证；如中都治崩漏等；阳经郄穴多治急性疼痛，如颈项痛取外丘等。此外，按压郄穴进行检查，还可探索脏腑病变的虚实征象，以作协助诊断之用。

四　背俞、募穴的应用法

背俞穴是五脏六腑之气输注于背部的一些特定穴位。位于背部足太阳膀胱经第一侧线，即背部正中线（督脉）旁开1.5寸处，正如张景岳所说：“五脏属于腹中，其脉气俱出于背之足太阳经，是谓五脏之俞。”（《类经·卷七·五脏背俞》）。背俞穴的上下排列与脏腑位置的高低顺序基本一致，即脏腑在上者，其背俞位置高；脏腑在下者，其背俞位置低。背俞穴的命名是在各脏腑名称之后分别加一“俞”字而成，其中心包俞名为厥阴俞，即脏腑背俞穴，分别是肺俞、心俞、肝俞、脾俞、肾俞、厥阴俞、大肠俞、小

肠俞、胃俞、胆俞、膀胱俞、三焦俞，共十二个。《灵枢·背俞》篇首载了五脏背俞穴的名称和位置。《素问·气府论篇》提出："六府之俞各穴，"但未列出穴名。至《脉经》才明确了肺、胃、肝、心、脾、大肠、小肠、膀胱、胆、胃十个背俞穴的名称和位置。此后，《甲乙经》补充了三焦俞，《千金方》补充了厥阴俞，从而形成了完整系统的背俞穴理论。

募穴是五脏六腑之气聚集于胸腹部的一些特定穴位，与背俞穴相对。募在胸腹部，属阴；俞在背部，属阳。募穴始见于《素问·奇病论篇》："胆虚气上溢而口为之苦，治之以胆募俞"。《难经·六十七难》有"五脏募在阴而俞在阳"的记载，但无具体穴名。至《脉经》才明确了期门、日月、巨阙、关元、章门、太仓（中脘）、中府、天枢、京门、中极等十个募穴的名称和位置。《甲乙经》又补充了石门，后人补充了膻中，五脏六腑十二募穴，始臻完备。即：肺经的肺募中府，胆经的胆募日月，肾募京门，肝经的肝募期门，脾募章门，胃经的大肠募天枢。以上均为双穴，其余的都分布于任脉，有心包募膻中，心募巨阙，胃募中脘，三焦募石门，小肠募关元，膀胱募中极，均为单穴。可见募穴的分布，有在本经者，有在他经者，有系双穴者，有为单穴者，但都位于与本脏腑相邻近的部位。

由于脏腑之气皆通于背俞，即"十二俞皆通于脏气"（《类经》）。因此，背俞穴主要治疗相应脏腑的疾患。同时背俞穴对脏腑影响较大，通过针刺背俞穴对脏腑功能的调整，还能治疗与脏腑相关的五官九窍、皮肉筋骨等的病证。如肝俞既能治疗肝病，又能治疗与肝脏有关的目疾、筋脉挛急等病；肾俞既能治疗肾病，也可以治疗与肾有关的耳鸣、耳聋、阳萎及骨病等。还可用于诊断，当脏腑有疾时，在相应的背俞穴处可出现阳性反应区、点和反应物等。因此，诊察按压背俞穴可以判断脏腑疾患，正如《灵枢·背俞》篇所说："欲得而验之，按其处，应在中而痛解，乃其俞也。"解，读作懈，意为酸软懈散，即指按压过程出现的特别敏感并与内脏相应。由于募穴与脏腑的部位更为接近，所以脏腑有邪，也多反应于募穴。滑伯仁在《难经本义》中指出："阴阳经络，气相交贯，脏腑腹背，气相通应。"说明脏腑与背俞、募穴是相通的，病邪侵袭脏腑，俞募则出现各种反应，并可在其部位施行治疗。因此，募穴也用于治疗脏腑疾患。《难经·六十七难》说："阴病行阳，阳病行阴"。脏属阴，腑属阳，背为阳，腹为阴。故一般五脏有病，常取背俞穴以治疗之；六腑病变，多用募穴主治之。此即《素问·阴阳应象大论篇》所谓："从阴引阳，从阳引阴"。如：肺病喘咳多取肺俞；肾虚腰痛、阳萎遗精多取肾俞；胃病多取中脘、大肠病多取天枢等。

由于脏腑之气与俞、募穴都是相通的，所以临床遇到五脏六腑发生病变时，经常俞穴与募穴同时取用，称为俞募配穴法。俞募相配，除了能治疗脏腑本身的疾病外，还可以治疗病理上与内脏器官相关联的疾患。如肝俞配期门，主治一切肝病、胁肋痛、呕吐吞酸、黄疸、寒热、往来等；心俞配巨阙，主治心痛、怔忡、惊悸、癫痫、失眠等；肺俞配中府，主治肺病、咳嗽、哮喘、咯血等；脾俞配章门，主治脾病、腹胀、水肿、胁痛、肠鸣、泄泻、黄疸等；肾俞配京门，主治遗精、白带、肾虚腰痛等；胆俞配日月，主治胀满、胁痛、呕吐、黄疸等；小肠俞配关元，主治小便癃闭、遗尿、消渴等；大肠俞配天枢，主治大便秘结或泄泻、腹胀、水肿等；膀胱俞配中极，主治小便不通或尿频、

遗尿、五淋等；胃俞配中脘，主治胃痛、呕吐、消化不良等；三焦俞配石门，主治水肿、小便不利；厥阴俞配膻中，主治胸膈气闷、呼吸困难等。

五　八会穴选用法

八会穴是脏、腑、气、血、筋、脉、骨、髓八者精气所会聚的部位，共八穴，故名。八会穴首先于《难经·四十五难》，即：“腑会太仓（中脘），脏会季胁（章门），筋会阳陵泉，髓会绝骨，血会膈俞，骨会大杼，脉会太渊，气会三焦外一筋直两乳内（膻中）也。”《难经·四十五难》中又说：“热病在内者，取其会之气穴也。”说明八会穴能够治疗某些热病。但临床应用，不限于热病，而着重在内症。因八会穴与其所属的八种脏器组织的生理功能有着密切关系，所以这些俞穴对脏、腑、气、血、筋、脉、骨、髓八者所发生的疾患，具有特殊的治疗作用。如：章门主治五脏病，以肝脾病为主；中脘主治六腑病，以胃与大肠病为主；膻中主治一切气病，如胸膈胀满、呼吸不利、呕逆嗳气、噎嗝、哮喘等；膈俞主治一切血症，如咳血、吐血，衄血、崩漏、尿血、便血、痔血及外伤出血等；阳陵泉主治筋病，如半身不遂、抽搐、瘫痪、痿痹、疼痛等；大杼主治骨病，如周身关节疼痛、项背强急、角弓反张等；悬钟主治髓病，如下肢瘫痪、痿软、疼痛等；太渊主治一切脉病，如无脉症、心肺疾患等；八会穴常与郄穴配合应用，可与前郄穴的应用互参。

六　八脉交会穴配用法

八脉交会穴是十二正经在四肢肘膝关节以下通于奇经八脉的八个穴位。由元代医家窦汉卿所创，在其所著的《针经指南》中有“交经八穴，针道之要也”的记载。因此，又称为“窦氏八穴”。所谓“交会”者，“交”是交通；“会”是会合。奇经八脉与十二经八穴的相互交会关系是公孙、内关，通过足太阴脾经、手厥阴心包经、冲脉和阴维脉会合于胃、心、胸；临泣、外关，通过足少阳胆经与手少阳三焦经会合于肩、颈、耳后、颊、目外眦；后溪、申脉，通过足太阳膀胱经、手太阳小肠经、阳跷、督脉会合于肩胛、项、耳中、目内眦；列缺、照海，通过足少阴肾、手太阴肺经、任脉、阴跷会合于肺、胸膈、咽喉。这样八脉交会穴就形成了八穴四组，临床应用也十分广泛。明代李梴《医学入门》中说：“周身三百六十穴，统于手足六十六穴，六十六穴又统于八穴。”说明古人深信八脉交会穴的重要性。据窦汉卿《针经指南》统计，八脉交会穴能治二百一十三证，这些所主病证，是根据循经所行、依经所属、按穴所会之脉、辨脉（奇经八脉），论证取穴的一个法则，窦氏还简要地把奇经八脉所主的多种疾患，从阴阳表里区别为两大类：阳跷、阳维并督、带，主肩背腰腿在表之病；阴跷、阴维、任、冲脉，去心腹胁肋在里之疑。”（《标幽赋》）

由于奇经与正经的经气以八脉交会穴相会通，所以此八穴单独应用既能治奇经病，又能治正经病。如公孙通冲脉，故公孙既能治足太阴脾经病，又能治冲脉病；内关通阴维脉，故内关既能治手厥阴心包经病，又能治阴维脉病。余皆仿此。临床上八脉交会穴常

上下组合、四组辨脉凭证应用，称为八脉交会配穴法。如内关配公孙，主治胃、心、胸部病证，如心痛、胃脘痛、痢疾、腹部胀痛、胸闷心悸等；后溪配申脉，主治头项、耳、目、肩、小肠、膀胱病，如脊柱强痛、角弓反张、半身不遂、肢体活动困难、少腹痛、不眠、目内眦痛；临泣配外关，主治目、耳、面颊、颈项、肩病，如耳鸣、耳聋、目眩、目外眦痛、偏头痛、耳后、肩臂痛、恶寒发热、疟疾等；列缺配照海，主治肺病、胸膈病、咽喉病，如咳嗽喘息、咽喉肿痛、咳血、腹中结块、失眠、阴虚内热及精神病等。八脉交会穴还可根据九宫数字错综交叉会合五十的道理，采用左右对应配穴法。如胃脘痛取左内关配右公孙，或右内关配左公孙，余仿此。此法对于慢性顽固性疾病进行治疗，往往能取得较满意的效果。以八脉交会穴为主，还演变出“灵龟八法”（或称奇经纳卦法）和飞腾八法两种配穴法。

七 下合穴的应用法

下合穴是指六腑在下肢各有一个合穴，共六个，故又称“六腑下合穴”。即：足太阳膀胱经合穴委中，足阳明胃经合穴足三里，足少阳胆经合穴阳陵泉，它们本属足经，位于下肢。手三阳经则在下肢也各有一个合穴，手太阳小肠经下合于足阳明下巨虚，手阳明大肠经下合于足阳明上巨虚，手少阳三焦经下合于足太阳委阳。下合穴的记述，首见于《灵枢·邪气脏腑病形》篇，即所谓“六腑皆出足之三阳，上合于手者也”因“大肠、小肠皆属于胃”，所以大肠、小肠的下合穴在胃经上。《甲乙经》指出：“委阳、三焦下辅俞也，……此足太阳之别络也。”膀胱主藏津液，三焦主水液代谢，故三焦与膀胱关系密切，因此，三焦的下合穴在膀胱经上。

下合穴是治疗六腑病证的主要穴位，《素问·咳论篇》说：“治府者治其合”，即根据“合治内府”的原则，按照疾病所属内腑的不同，可取其相应的下合穴治疗。如：足三里，治疗胃脘痛、腹胀、饮食不化；阳陵泉，治疗呕吐、黄疸等；上巨虚治疗大肠病，如肠鸣、腹痛、泄泻、痢疾、肠痈（阑尾炎）等症；委阳、委中，主治三焦、膀胱病，如气化不畅、水道不利、小便癃闭或遗溺等症。

邵经明　杨永清

第四节　逢时辨证选穴法

逢时辨证选穴法，又称按时辨证选穴法。它是以时间为主要条件，以辨证为依据的一类独特针法。当前，在临床上所称的“子午流注纳甲法”、“子午流注纳子法”、“养子时刻注穴法”、“灵龟八法”、“飞腾八法”均隶属此范围。

这种针法，由来已久，可以追溯到《内经》以前，但是按时刺灸的思想方法则首载于《内经》，该书在“人与天地相应”的思想指导下，认为人体气血随着宇宙天体的运行，也象日出日落、月圆月缺那样有盛有衰。因此，把凡是人体内定时出现的生理、病理节律性变化，皆纳入时间范围内进行探讨，从而得出“人与天地相参也，与日月相应也。”（《灵枢·岁露论》）的结论，并相应地提出，“刺之法，必候日月星辰、四时

八正之气，气定乃刺之”（《素问·八正神明论篇》）的按时针刺原则。继《内经》之后，历代对此均有阐述。如《难经·七十四难》中说："春刺井者，邪在肝；……" 又说："四时有数而并系于春夏秋冬者，针之要妙，在于秋毫"。将单纯按时之法发展为兼顾辨证。宋、金时期何若愚的《流注指微论》，阎明广编著的《子午流注针经》，使其理论和使用方法更趋完善。元、明时期按时辨证选穴针法更是盛极一时，诸如窦汉卿《针经指南》、高武《针灸聚英》、徐凤《针灸大全》、杨继洲《针灸大成》等书，对此都有进一步的发挥。本世纪五十年代以来，吴棹仙《子午流注说难》、承淡安《子午流注针法》等专著以及有关论文相继问世。

时至今日，由于"生物时钟"学说的兴起，"时间治疗学"在临床的广泛应用，又引起了国内外针灸学者对这一古老针法的理论思想和科学价值的关注，或做临床观察，或做理论探索，竞相揭其奥秘。所有这些，对发展现代医学、创造我国独特的新医学提供了新的研究课题和道路。从而将会为人类保健事业作出新的贡献。

由于逢时辨证选穴法，是以五输穴配合阴阳、五行，干支配合脏腑和与奇经八脉相通的八个经穴为基础，运用记载年、月、日、时干支的序号，以推算人体脏腑经气随着时间顺移而流注盛衰、穴位开合的特点及疾病的相应变化而逐日按时取穴的一种针法，隶属于本针法中的"子午流注纳甲法"，是以日干、时支为主；"子午流注纳子法"，是以时支为主；"养子时刻注穴法"是以日时干支为主；"灵龟八法"是以日时干支为主；"飞腾八法"是以日时天干为主。为此，将日、时干支计算方法简介于此。干，是指天干，即甲、乙、丙、丁、戊、己、庚、辛、壬、癸。支，是指地支，即子、丑、寅、卯、辰、巳、午、未、申、酉、戌、亥。干支互配的方法是天干起于甲，地支起于子，二者相互配合，则变成甲子、乙丑、丙寅、丁卯、戊辰……癸亥。这六十个不同干支配合的名称，是我国古代记载年、月、日、时的符号。（表4-1）

表4-1　干支互配六十环周

甲子	乙丑	丙寅	丁卯	戊辰	己巳	庚午	辛未	壬申	癸酉
甲戌	乙亥	丙子	丁丑	戊寅	己卯	庚辰	辛巳	壬午	癸未
甲申	乙酉	丙戌	丁亥	戊子	己丑	庚寅	辛卯	壬辰	癸巳
甲午	乙未	丙申	丁酉	戊戌	己亥	庚子	辛丑	壬寅	癸卯
甲辰	乙巳	丙午	丁未	戊申	己酉	庚戌	辛亥	壬子	癸丑
甲寅	乙卯	丙辰	丁巳	戊午	己未	庚申	辛酉	壬戌	癸亥

年月干支与此法联系不大，在此不再赘述。而日时干支与本法联系较密切，故将日、时干支计算方法分别介绍于此：

日干支计算方法：以元旦干支代数为基数加上所求日数，然后按各月不同或加上或减去某个常数，而其和数超过干支周转数者，可将和数再除以天干（10）地支（12）周转数，所余之数，即为所求的日干支代数。若逢闰年，因二月多一天，故从三月起，在所求得之干支代数上再加上1。

掌握日干支计算法，其一，应牢记该年元旦干支，只要记准该年元旦干支，其下一年的元旦干支可在该年元旦干支上用平年加上5，闰年加上6的方法计算。例如：

1987年为平年，其元旦干支为庚戌，庚为天干代数7，戌为地支代数11，在此干支代数上再加5，所得干支和数，再分别除以干支周转数，其余数为2和4，2为天干乙之代数，4为地支卯之代数，乙卯即为1988年元旦干支。其二，要牢记各月或加或减的歌诀。现将歌诀载录下，并附表解。（见表4-2）

歌诀：一五双减一，二六加零六，三减二加十，四减一加五，七零九加二，八加一七走，十上加二八，十一各加三，十二加三九，闰从三月起，余数均加一。

表4-2　各月干支加减

	月份	一月	二月	三月	四月	五月	六月	七月	八月	九月	十月	十一月	十二月
平年	干	减一	加零	减二	减一	减一	加零	加零	加一	加二	加二	加三	加三
	支	减一	加六	加十	加五	减一	加六	加零	加七	加二	加八	加三	加九
闰年	余数均加一												

例如：求1987年5月10日的干支。已知1987年元旦干支为庚戌，其序数为7和11，按5月干支各减1，再各加所求日数10，所得之和日干为16，除天干周转数10，其余数为6，6为天干己的代数，日支和数为20，除地支周转数12，其余数为8，8为地支未的代数，故1987年5月10日的干支为己未。

时干支计算法：一日十二个时辰，与十二地支数相符，故时辰地支顺序固定不变。即子为23～1时；丑为1～3时；寅为3～5时……亥为21～23时。而10天干与时支的搭配排列从子开始，则5日一轮转，可牢记下列一首歌诀，即可迅速计算出各时辰的天干。

歌诀是：甲己还加甲，乙庚丙作初，丙辛生戊子，丁壬庚子头，戊癸起壬子，周而复始求。此歌诀系指甲日、己日始于甲子时，乙日、庚日始于丙子时，丙日、辛日始于戊子时，丁日、壬日始于庚子时，戊日、癸日始于壬子时，其后各时辰干支，按次序顺推即可得知。

关于按时针刺的时间，一般以当地时间为准，近人于致顺提出一个换算公式：

北京时间＋4分×（当地经度－120）＝当地地方时间。

国外地区时间计算公式：

东经：区时＋4分×（当地经度－时区中央经线）；西经：区时－4分×（当地经度－时区中央经线）。

现将隶属于这一针法的有关古医籍记载，结合当前对此研究资料分别整理编写于下。

一　子午流注纳甲法

子是地支第一数，午是地支第七数，子午是阴阳对立的两个名词，是古人用来记述年、月、日、时的符号。如：以年为例，子为农历11月，午为5月，以日为例，子为夜

半，午为日中。除此外，古人还广泛利用它来说明事物的属性（阴阳）、方位（南北）、气候（寒温）等问题。例如再以气候而言，子时寒，午时热。以上说明以子午定名不仅单纯强调时间，而且还寓意着阳极生阴，阴极生阳和阴阳转化的起始，分界等深刻道理。

流，是流动；注，是灌注。流注是流行灌注。它是将人体气血在经脉中循行流注情况比拟为水流，有着像潮水一样定时涨落、盛衰开阖之变化，以“所出为井，所溜为荥，所注为输，所行为经，所入为合”，喻之气血在人体经脉中的流注过程。子午流注针法，在运用过程中可分为两种，一是按天干开穴，一是按地支开穴，前者称纳甲法，后者称纳子法。纳甲是指当日当时所开之经穴均按当日当时天干所代表之经和穴。

古人将气血每日在人体的循行周流情况，比拟为水流，从子到午，或从午到子，随着时间先后不同，各经气血的盛衰也有固定的时间，气血应时而至为盛，过时而去为衰，逢时为开，过时为阖。子午流注纳甲法，就是根据这一客观规律，遵照辨证施治原则，而确定其病（证）应在某日取其某经、某时取其某穴为其诊治最佳期限，在此期限内，以针刺来调和其阴阳，纠正机体偏盛偏衰的一种独特针法。此称之为子午流注纳甲法。

1.基本内容：本法是在阴阳、五行、脏腑、经络理论指导下，以十二经肘膝关节以下的五输穴为基础，以脏腑、阴阳、五行、经络、俞穴所代表的干支符号为运算工具，逐日按时开穴的一种针法。在这一结构中，除医学理论基础外，干支所代表的这个符号，变化甚为复杂，时而实指日时，时而又实指阴阳脏腑、五行，时而再实指经络俞穴。因此，运用此法，必须熟练地掌握其具体搭配方法、演变规律，方可运用自如。现将有关部分分述如下：

（1）干支分属阴阳法：干支分属阴阳是确定某日、某时开某经、某穴的基础。天干、地支，原系代表年、月、日、时的符号，因日、时有奇偶，故干支亦分属阴阳，它的分属规律是按各自的排列次序而定。天干中的奇数1、3、5、7、9，即甲、丙、戊、庚、壬为阳，偶数2、4、6、8、10，即乙、丁、己、辛、癸为阴；地支中的奇数1、3、5、7、9、11，即子、寅、辰、午、申、戌为阳，偶数2、4、6、8、10、12，即丑、卯、巳、未、酉、亥为阴。它在阴阳分属基础上，奇干奇支相配，偶干与偶支相合，详见表4-3。

表4-3　天干地支分属阴阳

分属	阳						阴					
天干	甲	丙	戊	庚	壬		乙	丁	己	辛	癸	
序号	1	3	5	7	9		2	4	6	8	10	
地支	子	寅	辰	午	申	戌	丑	卯	巳	未	酉	亥
序号	1	3	5	7	9	11	2	4	6	8	10	12

阳干与阳支相搭配，为阳日阳时之代表符号；阴干与阴支相搭配，为阴日阴时之代表符号。本法中所言的阳日，阳时开阳经穴，阴日阴时开阴经穴，就是指天干、地支分

属阴阳相互搭配而言。因此，必须牢记干支阴阳分属和互相搭配的规律，以利整个运算。

（2）地支时辰与时间的阴阳分属：采用本法，一般仍沿用地支所代之时间取穴，故必须搞清地支所代之时辰与现时时间的分属。一昼夜24小时，古人用十二时辰来代之，即一个时辰相当2个小时，它的分属是：夜间占4个时辰，计8个小时；黎明占2个时辰，计4个小时；白昼占5个时辰，计10小时；黄昏占1个时辰，计2个小时。具体分属，见附表4-4。

表4-4　一昼夜与时辰时间分属

	昼											
分属	夜		黎明		白昼				黄昏		夜	
时辰	子	丑	寅	卯	辰	巳	午	未	申	酉	戌	亥
时间	23～1	1～3	3～5	5～7	7～9	9～11	11～13	13～15	15～17	17～19	19～21	21～23

（3）天干分属脏腑经络：天干分属脏腑经络，五行是确定值日经及其阴阳五行属性的关键，逐日按时循经取穴是以天干所代表的经络脏腑及其五行属性为准的。因此，必须牢记将天干所分属的经络脏腑及其阴阳属性、五行相生规律的关系。古时称之为"十二经纳天干法"，它们的分属关系见表4-5。

表4-5　天干分属脏腑阴阳五行

天干	甲	乙	丙	丁	戊	己	庚	辛	壬	癸
五行	木		火		土		金		水	
经别	胆	肝	小肠 三焦	心 心包	胃	脾	大肠	肺	膀胱	肾
阴阳	阳	阴	阳	阴	阳	阴	阳	阴	阳	阴

（4）地支分属脏腑经络：地支分属脏腑经络是逢时辨证选穴的依据。人体气血昼夜之间随着时辰的不同，循行各经，而一昼夜十二时辰又是固定不变的。因此，将地支分属脏腑经络很符合气血按十二经脉循行流注永远不变的规律，现将《针灸大成》所载其配属歌诀录于下：

肺寅大卯胃辰宫，脾巳心午小未中，

申膀酉肾心包戌，亥焦子胆丑肝通，

为了便于参考，另附表4-6如下：

表4-6　十二经分配地支

地支	子	丑	寅	卯	辰	巳	午	未	申	酉	戌	亥
经别	胆	肝	肺	大肠	胃	脾	心	小肠	膀胱	肾	心包	三焦

（5）选定经穴——五输穴：是指十二经分布在肘膝关节以下的五个特定穴，即：井、荥、输（原）、经、合穴的简称。这些俞穴是昔贤发现最早的俞穴，可见于《灵枢·九

针十二原》、《灵枢·本输》、《灵枢·根结》各篇之中，它们不仅是手足阴阳经脉的起始终止，阴阳交会，经气出入之处，也是各经脉之气血根流注入之处，并且在治疗各种疾病中皆优于其他经穴，堪称俞穴中的精华，故被历代针灸学家所重视。《灵枢·本输》除明确指出各经的井、荥、输、经、合穴的名称、位置外，并且用自然界的水流现象来比拟气血在人体经脉中的运行，以此解释井出、荥流、输注、原过、经行、合入的意义，以说明气血在人体内根流注入的变化，还首次提出阴井木、阳井金之说。《难经》据此又对荥、输、经、合的五行配属进行了补充，即："阴荥火，阳荥水；阴俞土，阳俞木；阴经金，阳经火；阴合水，阳合土。"这就为按时针法的理论体系的形成提供了物质基础。子午流注纳甲法选定开穴的原则，就是根据五输穴所配属的阴阳五行、脏腑、经络、天干、地支，结合气血流注盛衰来决定所开之穴，故应将十二经的五输穴与脏腑、阴阳、五行配属关系熟练记诵。

2.临床应用：

（1）首推日干，以求何经值日：日干时支是子午流注纳甲法之要核，这是因为日干上有经，时支上有穴之故。年月干支和日支时干与本法牵涉不大，故勿需去求其年月干支和日支时干。日干推算，只要记准当年元旦那一天的天干序数（如是甲，则为1；如是乙，则为2；如是丙，则为3……）再加上所求之日（不含当日）在本年度中已过天数之尾数（如已过51天，取其尾数1；已过129天，取其尾数9；已过100天，取其个位零），所得和数之尾数（如尾数是零者，则为癸干10之序数），即为所求之日的天干序数。

例如：已知1987年元旦是庚戌，庚是天干序数7，欲求1987年4月5日的日干。可按上述方法代入公式：

7（本年元旦天干序数）＋4（在本年度中已过94天的尾数）＝11

取和数之尾数1，因为1是天干序数甲，故1987年4月5日之日干为甲。

现将今后50年元旦天干列表如下，以供参考。

表4-7　五十年元旦天干

年份	元旦天干	年份	元旦天干	年份	元旦天干	年份	元旦天干	年份	元旦天干
1987	庚	1988	乙	1989	辛	1990	丙	1991	辛
1992	丙	1993	壬	1994	丁	1995	壬	1996	丁
1997	癸	1998	戊	1999	癸	2000	戊	2001	甲
2002	己	2003	甲	2004	己	2005	乙	2006	庚
2007	乙	2008	庚	2009	丙	2010	辛	2011	丙
2012	辛	2013	丁	2014	壬	2015	丁	2016	壬
2017	戊	2018	癸	2019	戊	2020	癸	2021	己
2022	甲	2023	己	2024	甲	2025	庚	2026	乙
2027	庚	2028	乙	2029	辛	2030	丙	2031	辛
2032	丙	2033	壬	2034	丁	2035	壬	2036	丁

上述50年元旦天干表，仅供初学时参考，其实要知翌年元旦干序，只要在牢记着本年元旦干序之基础上，用平年加5，闰年加6的方法（这里讲的平年、闰年均指本年）

求得之和，此数若超过天干周转数者，可取其和数的尾数，即为翌年元旦干序。这是因平年一年365天，闰年一年366天，其中360天是天干36个的周转数，所余平年5天，闰年6天，尚不足一个天干周转数，故将余数加在本年度元旦天干序上，所得之和就是翌年元旦天干序。

（2）次推时支，以求开井穴时辰：从首推日干所得知其值日经的天干序及阴阳分属，然后结合人体十二经脉的气血流行，井、荥、输（原）、经、合的五行相生和阳日阳时开阳经穴，阴日阴时开阴经穴的规律顺次开穴，要解决这个问题，首先要推出值日经开井穴的时支，按照阳日阳时、阴日阴时开穴规律，以便挨次得出开荥、俞、经、合的时支。推算值日经开井穴的时支，以往需要在熟悉阳进阴退规律的基础上，再查开子午流注按时开井穴表，才能推算出开井穴时支，这种方法甚为复杂，现在以纵观干支配合开井穴序数之和都是12（癸日例外），从12中减去值日经天干序数，余数恰好是各值日经开井穴时支序数，可用这一规律，去求各经开井穴时支。例如，以甲日戌时胆经值日开井穴为例，甲为天干1之序数，戌为地支11之序数，两者之和恰是12，从和数12之中减去胆值日经天干甲之序数1，余数11，11恰是地支戌的序数，求乙、丙、丁、戊、己、庚、辛、壬日天干所代之值日经开井穴时支的推算方法均仿此。此外，还能以所推出的开井穴地支序数为基础，向后推延四个（或奇或偶）地支序数，即为开荥、输、经、合穴时辰，如遇上例甲日所推出开井穴时支为戌，因戌为甲日最后一个时辰阳支序序数，可推到次日的子、寅、辰、午四个时支，余皆仿此。

癸日按开井穴规律，本应在癸丑时开井穴，因流注针法，每日不是阴交于阳，就是阳交于阴，每交一次，即差一个时辰，至交到癸日时，就差十个时辰，推到癸亥时开井穴，则不影响其再循环，故将癸日开井穴时辰定为癸亥。如采用上述方法，可按癸亥时开井穴的实际干支序数之和22进行推算，其余步骤与上法同。

（3）逐日按时顺次取穴：逐日是按照每天的日干，按时就是按照每日天干所分属的十二个时辰的干支，逐日按时取穴，就是说在上法推算出值日经天干序数和开井穴时支序数后，还要推算出值日经在一日中的时干所代之经开的五输穴。

关于逐日按时定穴的方法，昔贤徐凤在《针灸大全》中已进行了总结，定名为《子午流注逐日按时定穴歌》，它为子午流注纳甲法逐日按时取穴奠定了基础，目前一般仍遵循此法。现按照此法剖释值日经在一日之中时干所代之经开的五输穴，就要本着阳日阳时开阳经穴，阴日阴时开阴经穴和经生经、穴生穴的五行相生的规律顺序开穴。如：甲胆主气日，从甲戌时开胆经窍阴穴之后，再按照阳日阳时开阳经穴及经生经，穴生穴五行相生规律顺序开穴。那么，甲戌时下一个阳时，则在乙日丙子时开取小肠经荥穴前谷，因十天干的甲，在脏为木，属阳，其井穴窍阴，在五行中属金，以木能生火（经生经），金能生水（穴生穴），故在丙子时，当开阳火小肠经荥水穴前谷，丙子下一个阳时为戊寅时，戊为阳土属胃，当开胃经输木陷谷，同开丘墟为返本还原（本是指本日值日经，原是指值日经原穴，因原穴是十二经出入之门户，因此，凡是逢开俞穴时必开值日经原穴，各经皆仿此）。戊寅下一个阳时为庚辰，当开大肠经经火穴阳溪，庚辰下一个阳时是壬午，壬为阳水属膀胱，当开膀胱经合土穴委中。壬午下一个阳时为值日经最后一个时辰甲申，它与值日经第一个时辰甲戌同起于甲，逢此时称之谓“天干重见”。

天干有十个数，地支有十二个数，在十天干与每日十二时辰相配轮转中，起于甲必重见于甲，起于乙必重见于乙，其他丙、丁、戊、己、庚、辛、壬、癸无不如此。因此，凡遇天干重见时，五输穴已开过，此时可按气纳三焦以及它生我的原则来开三焦经中的五输穴。三焦经原在十天干所代十二经之外，称为相火，附属于丙，因此，在逐日按时开穴中，三焦经并不单独分配着一个天干，而是附属于五个阳干之中，其五输穴与值日经相配，成为一种母子关系。以上述甲胆主气日为例，本日所开的井穴，是胆经窍阴，胆经就是本日的值日经，当到乙日甲申时，甲天干仍然代表胆经，但这时五输穴已开过，勿需重开，可按气纳三焦经。开能生木的三焦经五输穴，即：三焦经五输穴中荥水穴液门，这就叫气纳三焦。其余丙、戊、庚、壬四个阳干所代之经主气日皆可仿此类推。

又如乙肝主气日从乙酉时开肝经大敦穴之后，就要按照阴日阴时开阴经穴和经生经、穴生穴五行相生规律顺序开穴。如乙酉时下一个阴时是丁亥时，则开取心经荥火穴少府。因十天干的乙，在脏为木，属阴，其井穴大敦在五行中属木，以木能生火，故在丁亥时，当开阴火心经荥火穴少府。丁亥下一个阴时为己丑，己为阴土属脾，当开脾经俞土穴太白，同开太冲为返本还原（诸阴经无原穴，以俞代原）。再下则为辛卯时，辛为阴金属肺，当开肺经经金穴经渠。再下一个阴时则为癸巳，癸为阴水属肾，当开肾经合水穴阴谷。再下则为乙未，它与值日经第一个时辰乙酉同起于乙，逢此时称之为“天干重见”，在此时五输穴已开过，可按血归胞络以及我生它的原则来开心包经五输穴。心包经与三焦经一样，不单独配属一个天干，而是附属五个阴干之中，其五输穴与各值日经相配，成为一种母子关系。如以上述乙肝主气日为例，本日所开井穴是大敦，肝经也就是本日的值日经，当到丙日乙未时，乙天干仍然代表肝经，但是这时五输穴已开过，勿需重开，可按血归包络，开木能生火的心包经五输穴，即心包经五输穴中荥火穴劳宫，这就是“血归包络”。其余丁、己、辛、癸四个阴干所代之经主气日皆可仿此类推。

根据徐凤《子午流注逐日按时歌》内容，列表如下，以供参考。（表4-8）

表4-8　子午流注逐日按时开穴

	时辰	小时	经别	开穴	穴别	五行	备注
甲胆主气日	甲戌	19～21	胆	窍阴	井	金	
	丙子	23～1	小肠	前谷	荥	水	
	戊寅	3～5	胃	陷谷	输	木	
	庚辰	7～9	大肠	阳溪	经	火	逢输还原，同开丘墟
	壬午	11～13	膀胱	委中	合	土	
	甲申	15～17	三焦	液门	荥	水	天干重见，气纳三焦，开它生我穴
	时辰	小时	经别	开穴	穴别	五行	备注
乙肝主气日	乙酉	17～19	肝	大敦	井	木	
	丁亥	21～23	心	少府	荥	火	
	己丑	1～3	脾	太白	输	土	逢输还原，同开太冲
	辛卯	5～7	肺	经渠	经	金	
	癸巳	9～11	肾	阴谷	合	水	
	乙未	13～15	心包	劳宫	荥	火	天干重见，血归包络，开我生它穴

续

	时辰	小时	经别	开穴	穴别	五行	备注
丙小肠主气日	丙申	15～17	小肠	少泽	井	金	
	戊戌	19～21	胃	内庭	荥	水	
	庚子	23～1	大肠	三间	输	木	逢输还原，同开腕骨
	壬寅	3～5	膀胱	昆仑	经	火	
	甲辰	7～9	胆	阳陵泉	合	土	
	丙午	11～13	三焦	中渚	输	木	天干重见，气纳三焦，开它生我穴
	时辰	小时	经别	开穴	穴别	五行	备注
丁心主气日	丁未	13～15	心	少冲	井	木	
	己酉	17～19	脾	大都	荥	火	
	辛亥	21～23	肺	太渊	输	土	逢输还原，同开神门
	癸丑	1～3	肾	复溜	经	金	
	乙卯	5～7	肝	曲泉	合	水	
	丁巳	9～11	心包	大陵	输	土	天干重见，血归包络，开我生它穴
	时辰	小时	经别	开穴	穴别	五行	备注
戊胃主气日	戊午	11～13	胃	厉兑	井	金	
	庚申	15～17	大肠	二间	荥	水	
	壬戌	19～21	膀胱	束骨	输	木	逢输还原，同开冲阳
	甲子	23～1	胆	阳辅	经	火	
	丙寅	3～5	小肠	小海	合	土	
	戊辰	7～9	三焦	支沟	经	火	天干重见，气纳三焦，开它生我穴
	时辰	小时	经别	开穴	穴别	五行	备注
己脾主气日	己巳	9～11	脾	隐白	井	木	
	辛未	13～15	肺	鱼际	荥	火	
	癸酉	17～19	肾	太溪	输	土	逢输还原，同开太白
	乙亥	21～23	肝	中封	经	金	
	丁丑	1～3	心	少海	合	水	
	己卯	5～7	心包	间使	经	金	天干重见，血归包络，开我生它穴
	时辰	小时	经别	开穴	穴别	五行	备注
庚大肠主气日	庚辰	7～9	大肠	商阳	井	金	
	壬午	11～13	膀胱	通谷	荥	水	
	甲申	15～17	胆	临泣	输	木	逢输还原，同开合谷
	丙戌	19～21	小肠	阳谷	经	火	
	戊子	23～1	胃	足三里	合	土	
	庚寅	3～5	三焦	天井	合	土	天干重见，气纳三焦，开它生我穴

续

	时辰	小时	经别	开穴	穴别	五行	备注
辛肺主气日	辛卯	5～7	肺	少商	井	木	
	癸巳	9～11	肾	然谷	荥	火	
	乙未	13～15	肝	太冲	输	土	逢输还原，同开太渊
	丁酉	17～19	心	灵道	经	金	
	己亥	21～23	脾	阴陵泉	合	水	
	辛丑	1～3	心包	曲泽	合	水	天干重见，血归包络，开我生它穴
	时辰	小时	经别	开穴	穴别	五行	备注
壬膀胱主气日	壬寅	3～5	膀胱	至阴	井	金	
	甲辰	7～9	胆	侠溪	荥	水	
	丙午	11～13	小肠	后溪	输	木	逢输还原，同开亲骨、阳池
	戊申	15～17	胃	解溪	经	火	
	庚戌	19～21	大肠	曲池	合	土	
	壬子	23～1	三焦	关冲	井	金	天干重见，气纳三焦，开它生我穴
	时辰	小时	经别	开穴	穴别	五行	备注
癸肾主气日	癸亥	21～23	肾	涌泉	井	木	
	乙丑	1～3	肝	行间	荥	火	
	丁卯	5～7	心	神门	输	土	逢输还原，同开太冲、大陵
	己巳	9～11	脾	商丘	经	金	
	辛未	13～15	肺	尺泽	合	水	
	癸酉	17～19	心包	中冲	井	木	天干重见，血归包络，开我生它穴

3.需要说明的几个问题：

(1) 根据病情，定时选取相应之开穴。遇有病情紧急之时，可先按时取所开之穴，然后，再配与病情相应之穴。无论是定时开穴或按时开穴，都必须以病情为依据。

(2) 根据"五门十变"原则，扩大开穴范围。天干逢五相合，即：甲与己合，乙与庚合，丙与辛合，丁与壬合，戊与癸合，日随干支周转，五日为一周，十日为再周，一日有十二时辰，十日一百二十时辰，在一百二十时辰中，开六十个俞穴，仅占六十个时辰，其中余下六十个时辰无穴可开，在无穴可开之时，可根据"五门十变"的原则，取其相合之日，时所开之穴。例如：甲日乙亥时无穴所开，遇病情紧急时，可借取己日乙亥时的中封穴，余皆类推。

(3) 根据病情配合适当手法。子午流注纳甲法是以时间为条件来按时或定时选穴，进行针刺，以纠正阴阳的盛衰，使之达到相对平衡，如能根据病情配合适当补泻手法，则可相得益彰。常用的手法除捻转、提插、呼吸、开阖外，主要是采用迎随补泻法，因此法是建筑在十二经脉气血流注的基础之上的，故运用得当，则可相应提高针治的疗效。

二　子午流注纳子法

纳子法，是以地支为主的一种针刺方法，其命名是因截取地支之首字“子”，代之整个地支，故称为纳子法，又称纳支法，它比前面所指的纳甲法推算要容易的多，因此，临床应用比较广泛。此法以时辰为主，不论其时辰在一日中的阴阳所属和配合什么天干，而仅按着一天中的时辰顺序，去配合十二经脉的气血流注，用井、荥、输、经、合的五行相生关系，通过虚则补其母、实则泻其子的方法，而定时选取子母穴进行治疗。

1.基本内容：本法内容主要包括时辰与时间的分属，时辰与脏腑经络的分属和补母泻子所取之俞穴。前两部分已在纳甲法中做了叙述，此处不再赘言，现仅将补母泻子所选取之俞穴用表格形式列于下。（表4-9）

表4-9　补母泻子配穴

经别	五行	流注时辰	补法		泻法		补泻时辰已过	
			母穴	时辰	子穴	时辰	本穴	原穴
肺	辛金	寅	太渊	卯	尺泽	寅	经渠	太渊
大肠	庚金	卯	曲池	辰	二间	卯	商阳	合谷
胃	戊土	辰	解溪	巳	厉兑	辰	三里	冲阳
脾	己土	巳	大都	午	商丘	巳	太白	太白
心	丁火	午	少冲	未	神门	午	少府	神门
小肠	丙火	未	后溪	申	小海	未	阳谷	腕骨
膀胱	壬水	申	至阴	酉	束骨	申	通谷	京骨
肾	癸水	酉	复溜	戌	涌泉	酉	阴谷	太溪
包络	丁火	戌	中冲	亥	大陵	戌	劳宫	大陵
三焦	丙火	亥	中渚	子	天井	亥	支沟	阳池
胆	甲木	子	侠溪	丑	阳辅	子	临泣	丘墟
肝	乙木	丑	曲泉	寅	行间	丑	大敦	太冲

2.临床应用：主要分为补母泻子和按时循经选穴两个方面。

（1）补母泻子选穴：它是根据脏腑分属的时辰，结合所确诊各经症状的虚实，采用十二经的五输穴所分属的五行关系，遵照“虚则补母，实则泻子”的原则来选穴治疗。例如：肺经实证，须在寅时选其子穴尺泽用泻法针刺，这是因为气血寅时注入肺经，此时肺经气血方盛，肺属金，金能生水，本经合穴尺泽属水，为本经子穴，故凡属肺经实证，当在寅时泻其合水尺泽穴。若肺经虚证，则在卯时气血已流过肺经，此时肺经气血方衰，肺属金、土能生金，本经输穴太渊属土，为本经的母穴，故凡属肺经虚证，当在

卯时补其输土穴太渊，其他各经实证、虚证，皆可依此类推。

若遇补泻时辰已过或不虚不实之证，可选取本经的本穴和原穴，如肺经病证可选取经渠（本穴）和太渊（原穴），大肠经病证可选取商阳（本穴）和合谷（原穴）进行治疗，其他各经病证可参看表4－9。

（2）按时循经选穴：它是根据时辰与脏腑经脉的分属（一个时辰分属一经）的原则，即：寅分属肺，卯分属大肠，辰分属胃，巳分属脾，午分属心，未分属小肠……来按时循经选穴。如：肺经病证可在寅时选取肺经所属的经穴进行治疗，大肠经病证可在卯时选取大肠经所属经穴进行治疗，余皆仿此类推。

三　养子时刻注穴法

养子时刻注穴法，首载金，何若愚撰写的《流注指微针赋》之内。“养子”乃是指五行中的母子相生；“时刻”乃是指将一日十二时辰归为一百刻（古人用铜壶滴漏方法记日，即一日为一百刻），“流注”则是指十二经气血各至本时所开之穴。它是根据出井、流荥、注输、过原、行经、入合、六十六穴气血流注盛衰开阖，逐日按时开穴的一种针法。此法以时干为主，每一时辰相生养子五度，各注井、荥、输、经，合五穴，每穴约占1.666刻，合24分钟开一穴，每日12时辰一百刻开60穴，加之逢输还原，共66穴。本法是逢时辨证选穴法中的重要组成部分，由于它是以时干为主，每日各时辰均有开穴，因此便于临床上掌握运用。

表4－10　“养子时刻注穴”法按日、时干开穴

日干	时辰	小时	分				
			1～24	24～48	48～72	72～96	96～120
甲日与己日	甲子	23～1	窍阴	前谷	陷谷、丘墟	阳溪	委中
	乙丑	1～3	大敦	少府	太白	经渠	阴谷
	丙寅	3～5	少泽	内庭	三间、腕骨	昆仑	阳陵泉
	丁卯	5～7	少冲	大都	太渊	复溜	曲泉
	*戊辰	7～9	关冲	液门	中渚、阳池	支沟	天井
	己巳	9～11	隐白	鱼际	太渊	中封	少海
	庚午	11～13	商阳	通谷	临泣、合谷	阴谷	足三里
	辛未	13～15	少商	然谷	太冲	灵道	阴陵泉
	壬申	15～17	至阴	侠溪	后溪、京骨	解溪	曲池
	*癸酉	17～19	中冲	劳宫	大陵	间使	曲泽
	甲戌	19～21	窍阴	前谷	陷谷、丘墟	阳溪	委中
	乙亥	21～23	大敦	少府	太白	经渠	阴谷

续

日干	时辰	小时	分				
			1～24	24～48	48～72	72～96	96～120
乙日与庚日	丙子	23～1	少泽	内庭	三间、腕骨	昆仑	阳陵泉
	丁丑	1～3	少冲	大都	太渊	复溜	曲泉
	戊寅	3～5	厉兑	二间	束骨、冲阳	阳辅	小海
	*己卯	5～7	中冲	劳宫	大陵	间使	曲泽
	庚辰	7～9	商阳	通谷	临泣、合谷	阳谷	足三里
	辛巳	9～11	少商	然谷	太冲	灵道	阴陵泉
	壬午	11～13	至阴	侠溪	后溪、京骨	解溪	曲池
	癸未	13～15	涌泉	行间	神门	商丘	尺泽
	*甲申	15～17	关冲	液门	中渚、阳池	支沟	天井
	乙酉	17～19	大敦	少府	太白	经渠	阴谷
	丙戌	19～21	少泽	内庭	三间、腕骨	昆仑	阳陵泉
	丁亥	21～23	少冲	大都	太渊	复溜	曲泉
丙日与辛日	戊子	23～1	厉兑	二间	束骨、冲阳	阳辅	小海
	己丑	1～3	隐白	鱼际	太溪	中封	少海
	*庚寅	3～5	关冲	液门	中渚、阳池	支沟	天井
	辛卯	5～7	少商	然谷	太冲	灵道	阴陵泉
	壬辰	7～9	至阴	侠溪	后溪、京骨	解溪	曲池
	癸巳	9～11	涌泉	行间	神门	商丘	尺泽
	甲午	11～13	窍阴	前谷	陷谷、丘墟	阳溪	委中
	*乙未	13～15	中冲	劳宫	大陵	间使	曲泽
	丙申	15～17	少泽	内庭	三间、腕骨	昆仑	阳陵泉
	丁酉	17～19	少冲	大都	太渊	复溜	曲泉
	戊戌	19～21	厉兑	二间	束骨、冲阳	阳辅	小海
	己亥	21～23	隐白	鱼际	太溪	中封	少海

续

日干	时辰	小时	分				
			1～24	24～48	48～72	72～66	96～120
丁日与壬日	庚子	23～1	商阳	通谷	临泣、合谷	阳谷	足三里
	*辛丑	1～3	中冲	劳宫	大陵	间使	曲泽
	壬寅	3～5	至阴	侠溪	后溪、京骨	解溪	曲池
	癸卯	5～7	涌泉	行间	神门	商丘	尺泽
	甲辰	7～9	窍阴	前谷	陷谷、丘墟	阳溪	委中
	乙己	9～11	大敦	少府	太白	经渠	阴谷
	*丙午	11～13	关冲	液门	中渚、阳池	支沟	天井
	丁未	13～15	少冲	大都	太渊	复溜	曲泉
	戊申	15～17	厉兑	二间	束骨、冲阳	阳辅	小海
	己酉	17～19	隐白	鱼际	太溪	中封	少海
	庚戌	19～21	商阳	通谷	临泣、合谷	阳谷	足三里
	辛亥	21～23	少商	然谷	太冲	灵道	阴陵泉
戊日与癸日	*壬子	23～1	关冲	液门	中渚、阳池	支沟	天井
	癸丑	1～3	涌泉	行间	神门	商丘	尺泽
	甲寅	3～5	窍阴	前谷	陷谷、丘墟	阳溪	委中
	乙卯	5～7	大敦	少府	太白	经渠	阴谷
	丙辰	7～9	少泽	内庭	三间、腕骨	昆仑	阳陵泉
	*丁巳	9～11	中冲	劳宫	大陵	间使	曲泽
	戊午	11～13	厉兑	二间	束骨、冲阳	阳辅	小海
	己未	13～15	隐白	鱼际	太溪	中封	少海
	庚申	15～17	商阳	通谷	临泣、合谷	阳谷	足三里
	辛酉	17～19	少商	然谷	太冲	灵道	阴陵泉
	壬戌	19～21	至阴	侠溪	后溪、京骨	解溪	曲池
	癸亥	21～23	涌泉	行间	神门	商丘	尺泽

* 天干重见。

1.基本内容：本法是以时干所代表之经和以时支所代表之时间为内容的一种取穴法。即在每一时辰内相继开五个穴，每日各时辰均有穴所开，较之纳甲法和纳子法更为便于临床应用，且易于掌握。现将本法按日按时所开之穴，按照日天干逢五相合的“五

门十变”原则列表如下。（表 4－10）

2.应用中应掌握的几个问题：

（1）以时干为主，配合日干。以每一时辰天干所代表之经的五行属性，以次相生养子五度，各注井、荥、输、经、合五穴，每穴占1/5时辰（即24分钟时间），其相生养子系按照阳时开阳经穴，阴时开阴经穴及经生经、穴生穴的原则，先开本时值时经的井穴，顺次流注，各经值时所开取的五输穴与纳甲法各值日经所开取的五输穴一致。在以时干为主的基础上，再配合日干，这样每日值日经始开井穴的时辰与纳甲法开穴相同。即：甲日、甲戌时，开胆经井穴；乙日、乙酉时，开肝经井穴；丙日、丙申时，开小肠经井穴；丁日、丁未时，开心经井穴等，顺次按时开取各经值时所纳的五输穴。

（2）按“五门十变”原则，阴阳二经互配。按照十天干逢五相合，即：甲与己合，乙与庚合，丙与辛合，丁与壬合，戊与癸合的“五门十变”的原则，刚柔相配、阴阳二经并行流注，交贯开穴的方式，以及阳日气先血后，阴日气后血先之理。在运用本法时，可根据上述原则在同一时辰内首取其值时经五输穴，继而顺次取其相合经五输穴，使阴阳并行，流注无休，来扩大养子时刻注穴流注范围。例如：甲日甲戌时为少阳胆经值时，在开取窍阴、前谷、陷谷（并过丘墟）、阳溪、委中穴的同时，开取己日己巳时太阴脾值时经的隐白、鱼际、太溪、中封、少海穴。这一开取五输穴的方法，就是在甲与己合，阴阳相配，阳日气先血后的理论指导下制定出来的，其余皆可依此类推。

（3）气纳三焦与血归包络。在值日经所值的一日之中，遇时天干重见时，属于阳时天干重见时，可气纳三焦，注于三焦经中关冲、液门、中渚、阳池、支沟、天井六穴；属于阴时天干重见时，可血归包络，注于心包经中的中冲、劳宫、大陵、间使、曲泽五穴。

（4）开输穴时同开值时经原穴，原穴为阴阳二气出入之门户，不属五输穴相生范围，可在开输穴时，返本还原，同时开值时经的原穴。

（5）时干相同，开穴完全一致。本法每个时辰均有开穴，除气纳三焦，血归包络开穴外，凡时天干相同则所开的穴完全一致。

四 灵龟八法

灵龟八法又称“奇经纳卦法”。它是以奇经八脉为基础，取其与奇经八脉相通的八个穴位，配合九宫八卦学说，从八卦中阴阳演变的道理，按照日、时干支的推演数字，来作出按时取穴的一种针刺方法。

1.基本内容：本法是由九宫八卦、奇经八脉相通的八个经穴，和日、时干支推演之数字三部分所组成的。

（1）九宫八卦：八卦是古人取阴阳之象，结合自然界的天、地、水、火、风、雷、山、泽所组成。即：

乾为天作☰卦，坤为地作☷卦

坎为水作☵卦，离为火作☲卦

巽为风作☴卦，震为雷作☳卦

艮为山作☶卦，兑为泽作☱卦

九宫是把八卦的名称、图象结合方位，配合九宫数而组成。九宫数为：戴九履一，左三右七，二四为肩，八六为足，五居于中。将九宫之数字配上一条与奇经八脉相通之穴位，即成为：坎一联申脉，照海坤二五，震三属外关，巽四临泣数，乾六是公孙，兑七后溪府，艮八系内关，离九列缺主。八穴所配九宫之数字，在本法推算中占极为重要位置。因此，必须牢记每穴所配之九宫八卦数字，方可进行推算和运用此法。

（2）八脉交会八穴：八脉，是指任、督、冲、带、阴维、阳维、阴跷、阳跷，交会在此处是指通向。八脉交会八穴，是指小肠经的后溪通于督脉；肺经的列缺通于任脉；脾经的公孙通于冲脉；胆经的临泣通于带脉；肾经的照海通于阴跷；膀胱经的申脉通于阳跷；心包络经内关通于阴维；三焦经的外关通于阳维。在临床应用时昔人又根据这八穴通于奇经八脉之理，彼此之间的相互结合关系和主治上的一致性的特点，将八穴分为四组，分别称之为“父母”“夫妻”“男女”“主客”。详见表4-11。

表4-11　八脉交会八穴

穴名	通于	别称	相合部位
公孙	冲脉	父	
内关	阴维	母	心、胸、胃
后溪	督脉	夫	
申脉	阳跷	妻	目内眦、颈项、耳、肩、膊、小肠、膀胱
临泣	带脉	男	
外关	阳维	女	目外眦、耳后、颊、颈、肩
列缺	任脉	主	
照海	阴跷	客	肺系、咽喉、胸膈

（3）日、时干支代数：日、时干支代数是灵龟八法的选穴依据。日干支代数是由五行的生成数而来，时干支的代数是按照干支顺序的阴阳而定出来的。现将日时干支代数，分别列表如下。（表4-12、表4-13）

表4-12　日干支代数

代数	10	9	8	7	
天干	甲己	乙庚	丁壬	戊癸	丙辛
地支	辰戌丑未	申酉	寅卯	巳午	亥子

表4-13　时干支代数

代数	9	8	7	6	5	4
天干	甲己	乙庚	丙辛	丁壬	戊癸	
地支	子午	丑未	寅申	卯酉	辰戌	巳亥

2.临床应用中应掌握的几个问题：

（1）首推八法所开之穴，次配相合之穴。推算的方法是：将日、时干支代数相加，

以所得出四个代数之和数，用属阳日除九，属阴日除六进行相除，不管商数如何，只取其余数，其余数与九宫八卦所配之穴的数字相应者，即为八法所开穴，它的公式是：（日干代数＋日支代数＋时干代数＋时支代数）÷6（阴日）或9（阳日）＝商数……（余数）。如遇无余数时，用阴日作六开公孙穴，阳日作九开列缺穴计算。

例如：求甲子日甲子时应开何穴？

按日干支代数，甲为日干，其数10，子为日支，其数7；再按时干支代数，甲为时干，其数9，子为时支其数9，四数相加的总和为35，由于天干的甲属阳，因此用9除，所剩余数是8，8与九宫八卦所配的内关穴数8相应，故甲子日甲子时应开内关穴。其余皆仿此类推。

在推出开穴之后，临床运用时还根据八穴彼此之间相互通合和主治上的一致性，在取其开穴的同时，配其与所开穴相应八穴中的另一穴。它们是：公孙配内关；临泣配外关；后溪配申脉；列缺配照海。如上例所推甲子日甲子时应开内关，与此同时配取相应的公孙穴，以提高其治疗效果，其余皆仿此类推。

（2）依据病情定时选择相应之开穴。这就是说在病情不太紧急的情况下，可预约患者在与其病情相适应的八法开穴的某日某时前来进行治疗，例如心胸胃诸证，可选择属于适应此证范围定时所开的公孙或内关穴。又如肺系，咽喉、胸膈诸证，可选择属于主治此证范围定时所开的列缺或照海穴，与此同时还可配以适当的经穴进行治疗，本法适用于慢性疾病。

（3）按时开穴，配与病情相应之穴，就是根据患者前来就诊时间择取所开的八法穴，再配以与病情相应的穴位进行治疗的一种方法。例如厥心痛，适逢丙申日，己丑时，正值公孙穴所开，可首取公孙，次取相合内关，再配以与病情相应的厥阴俞、巨阙穴进行治疗。

（4）流注、八法配合应用：子午流注纳甲法，子午流注纳子法，养子时刻注穴法，灵龟八法四法皆以“时穴”为主，它们都是建立在“人与天地相应”的理论基础上，按着气血流注盛衰的规律进行选穴的。其所选定之经穴皆为人体输穴中的精华。正如李梴所说：“周身三百六十穴，统于手足六十六穴，六十六穴又统于八穴”。说明了五输穴、八法穴的重要意义，故在临床上配合应用，不仅不影响其流注，而且还扩大了治疗范围，使其相得益彰。其配合应用方式多种多样，如先开八法穴，再配纳干按时取穴；或先开八法穴，再配纳支取穴；或先开八法，再配取养子时刻注穴；或先根据病情，预定八法开穴时间，再配纳干定时取穴。总之，运用逢时选穴法，必须辨证，根据病情，适当配穴，才能更好地发挥逢时选穴的疗效。

五　飞腾八法

飞腾八法是以八脉交会穴为基础的一种按时开穴法。本法与灵龟八法在运用上略有不同的是它不论日干支、时干支和其代数，而均以天干为主，配其相应的八脉交会穴，以计算方法比较简便而著名。

1.基本内容：因本法不论日干支、时干支和其代数如何，而均以天干所配之八穴八卦

为治疗的主要条件，故其内容主要是天干所配属八穴八卦，运用此法必须牢记其配属关系。现将《针灸大全》所载飞腾八法歌附录于下，并附表说明。（表 4-14）

飞腾八法歌

壬甲公孙即是乾，　　丙居艮上内关然，
戊时临泣生坎水，　　庚属外关震相连，
辛上后溪装巽卦，　　乙癸申脉到坤传，
己上列缺南离上，　　丁居照海兑金全。

表 4-14　天干八穴八卦配属

天干	壬甲	丙	戊	庚	辛	乙癸	己	丁
八卦	乾	艮	坎	震	巽	坤	离	兑
开穴	公孙	内关	临泣	外关	后溪	申脉	列缺	照海
配穴	内关	公孙	外关	临泣	申脉	后溪	照海	列缺

2.临床运用原则：

（1）推出天干所配之穴。推出欲求之天干所配之穴，例如：本日天干是甲日或乙日，按“日上起时”法进行推算，甲日、己日子时起甲子，顺序为乙丑，丙寅，丁卯，戊辰，己巳……。若系丙寅时应取内关穴，因丙配艮卦内关，故凡遇丙申、丙戌、丙辰、丙午之时皆取内关。戊辰时取临泣，己巳时取列缺，余皆类推。

（2）按时开穴，配其合穴。在按时开穴的基础上，再配其相合之穴。例如：公孙合内关，申脉合后溪，照海合列缺，外关合临泣。应用时先针开穴，后针合穴，另外还可根据病情需要，定时进行选穴治疗。

孙学忠

各　论

第五章　常见症状

第一节　全身症状

一　高热

凡发热在39℃左右或以上者可称高热，即中医所谓壮热，持续两周以上称为长期高热。高热多为外感病，在中医临床上，主要见于里实热证，多数是表邪入里化热所致。

证候鉴别

1.邪热蕴肺：发热不恶寒，咳嗽胸痛，痰黄而厚稠，口渴咽痛，鼻扇气粗，舌红、苔黄燥或黄腻，脉滑数有力。

2.热炽阳明：壮热不恶寒而恶热，面赤，大汗，烦渴，小溲黄少，舌红、苔黄，脉洪大。

3.热结肠道：壮热不恶寒，日晡更甚，腹胀痛，按之坚实，大便不通，甚则神昏谵语，烦躁不安，苔黄燥或焦黑，脉沉实有力。

4.湿热郁蒸：身热起伏，午后转盛，汗出不解，胸闷脘痞，纳呆，渴不引饮，苔黄厚而腻，脉弦滑数。

5.暑热伤气：发热不恶寒，面赤气粗，头痛胸闷，烦躁不安，口渴引饮，汗出甚多，舌红、苔黄燥，脉洪数。

6.热入营血：发热入暮尤甚，烦躁不寐，甚则神昏谵语，皮下斑疹点点，舌红绛、苔少或光剥，脉细数。

治则与治法

1.邪热蕴肺：

治则：清肺泄热。

处方：尺泽（－）　丰隆（－）　鱼际（－）　少商（－）（双）

操作：少商穴用三棱针点刺放血。余穴在进针得气后行慢按紧提手法，一般不必留针，如得气欠佳，可留5～10分钟。在留针过程中再做手法。

2.热炽阳明：

治则：泄热通腑。

处方：合谷（－）　曲池（－）　内庭（－）　天枢（－）　大肠俞（－）（双）

操作：进针得气后用慢按紧提手法，不必留针。遇得气欠佳时，可留针5～10分钟，以便再做手法，取仰卧位。

3.热结肠道：同上。

4.湿热郁蒸：

治则：理气化湿，清热达邪。

处方：阴陵泉（－）　外关（－）　合谷（－）（双）

操作：进针得气后，用紧按慢提手法。留针20～30分钟。取仰卧位。

5.暑热伤气：

治则：泄热清暑，益气生津。

处方：商阳（－）　大椎（－）　阳池（＋）　腕骨（＋）

操作：商阳用三棱针点刺放血。余穴在进针得气后，用慢按紧提手法。阳池用紧按慢提手法。取俯伏坐位。

6.热入营血：

治则：凉血清营，清热解毒。

处方：劳宫（－）　列缺（－）　血海（－）　肝俞（－）　脾俞（－）（双）

操作：深刺得气后，用慢按紧提手法，不必留针。如得气差，可留针5～10分钟，以便再做手法。先取俯卧位，后取仰卧位。

评述

高热是一种症状，其病因很多。各种急慢性全身性传染病与局部感染病灶所引起的发热，是临床上最常见的病因，如感染性疾病引起的败血症、伤寒、疟疾、心内膜炎、胆道感染、结核病、肝脓疡，急慢性血吸虫病发热型、呼吸道病毒感染及尿路感染等。有些非感染性疾病也能出现高热症状，更应引起注意，为风湿热、系统性红斑狼疮、恶性肿瘤及各种磺胺药、抗生素引起的药物热等。

中医对高热的辨证，大多数都经疾病所表现的症状来区别其是外感发热，还是内伤发热？但是，发热出现高热或长期高热对人体消耗很大，因此必须采用现代医学化验检查等方法尽早找出病因，及时进行治疗。只有在一时难以确诊，为体温过高或发热时间过长时允许酌情对症处理，针灸也是选用方法之一。同时可采用物理降温并纠正水与电解质的平衡等措施。

二　虚热

凡口温在37.4～38.4℃之间（有口腔病灶者，可测肛温。肛温较口温高0.5℃）持续两周以上而未发现有急性炎症病灶的长期低热，且多见于内伤病，中医称为虚热。其表现特点大多数呈低热型，起病比较缓慢，持续时间较长，发热时间有一定规律性。

其病因多与阴虚、阳虚、气虚、血虚有关。

证候鉴别

1.阴虚发热：低热每于午后出现，傍晚达到高潮，以后逐渐下降。兼有五心烦热，口干咽燥，颧红盗汗，舌红、少苔，脉细数少力等症。

2.阳虚发热：低热持续，并有面浮肢肿，形寒肢冷，神疲乏力，大便溏薄，小溲清长，舌质淡嫩，脉沉迟等症。

3.气虚发热：低热出现于热病后正气耗伤，脏腑功能衰退，每见面色皖白，纳食不化，乏力，自汗，懒言声低，劳倦则更，舌质偏淡，脉细软无力等症。

4.血虚发热：低热出现于大失血和饮食劳倦，脾胃虚弱后，每见面色少华，头晕眼花，心悸失眠，自觉肌肤发热，唇舌色淡，脉细而虚数等症。

治则与治法

1.阴虚发热：

治则：益阴清热。

处方：膈俞（＋）　胆俞（＋）　膏肓（＋）

操作：取俯卧位。进针得气后，施以补法。留针20～30分钟。

2.阳虚发热：

治则：温阳益气。

处方：大椎（灸）　肾俞（＋）　脾俞（＋）　（亦可用灸法）

操作：进针得气后，施以补法，留针20～30分钟。灸法用隔姜或隔附子饼，每穴灸3～5壮，艾壮如半个枣核大。体位同上。

3.气虚发热：

治则：益气健脾。

处方：气海（灸）　三阴交（＋）　足三里（＋）（双）

操作：取仰卧位。其余同上

4.血虚发热：

治则：补肝健脾。

处方：肝俞（＋）　脾俞（＋）　太冲（＋）　血海（＋）

操作：先取俯卧位，后取仰卧位。进针得气后，施以补法。留针15～20分钟。

评述

虚热这一症状，其病因也很复杂，中医辨证仅从病史和临床表现，分析病因而分为阴虚、阳虚、气虚、血虚四类，但这四种不同症型的低热所包含的疾病范围甚广，因此，临床上应当结合现代医学的检查进一步明确诊断，有慢性感染引起的，有肝病引起的，有结缔组织疾病引起，也有内分泌——代谢疾病引起的，更有是植物性神经功能紊乱引起的。这种低热往往经反复详细的检查及长期观察未能找出其原因，一般情况良好，可以正常学习与工作；或者经抗感染、抗结核、抗风湿等治疗无效者，常见的有夏

季低热、感染后低热和神经性低热。凡是器质性疾病引起的低热，应作病因治疗。夏季低热、感染后低热和神经性低热，都属针灸适应证。特别是神经性低热，根据观察，即使持续多年，对健康并无明显损害，一般不需长期休息，否则反可削弱病员抗病能力。

三　神昏

神昏即神识昏糊，不省人事，重者对各种刺激失去正常反应。轻者角膜反射、吞咽及咳嗽反射可不完全消失，谵妄及四肢仍有舞动。神昏原因甚多，归纳起来，可分为外感与内伤两大类。凡起病时出现高热、白细胞明显升高者多属外感病神昏，无高热及白细胞升高者多为内伤病神昏。

证候鉴别

1.外感引起者：

(1) 热陷心包：高热烦躁、神昏谵语，目赤唇焦，舌强语蹇，皮下疹瘫，四肢厥冷，溲赤便结，舌红绛，脉洪数。

(2) 腑热熏蒸：神识不清，谵言妄语，循衣摸床，高热或日晡潮热，面红目赤，腹胀满、按之坚硬，大便不通或热结旁流，小便黄赤，苔黄焦、起刺，脉洪大或沉伏有力。

(3) 热毒攻心：壮热昏谵，头面红肿，咽肿喉烂，衄血便血，瘢疹紫黑，疮疡或丹毒蔓延，流注四窜，舌绛、苔焦或生芒刺，脉滑数或沉细而数。

(4) 湿热蒙蔽：身热不扬，面目或全身发黄，四肢困重，胸膜痞闷，下痢赤白，小溲黄，渐致神识昏沉、时轻时重或昏迷不醒，舌红、苔黄垢腻，脉濡细或滑数。

(5) 暑热上冒：猝然昏倒，高热肢厥，面色潮红，气粗为喘，冷汗不止，小便短赤，脉虚数而大。

(6) 热盛动风：高热抽搐，神识昏迷，角弓反张，颈项强直，两目上翻，面红目赤，溺短而赤，大便秘结，舌红，脉弦数。

2.内伤病引起者：

(1) 阴虚风动：先侧头晕眼花，肢体麻木或震颤，进而昏倒，舌强语蹇，肢体瘫痪，口眼㖞斜，舌红、少苔，脉弦细而数。

(2) 风痰内闭：突然神昏、不省人事，四肢抽搐，喉中痰鸣，口眼㖞斜，口角流涎，半身不遂，苔白腻，脉弦滑。

(3) 瘀血阻心：神识不清，谵语妄言，烦躁不安，面唇爪甲青紫，四肢厥冷，冷汗直冒，舌紫暗，脉沉涩或有歇止。

(4) 阴竭阳脱：神志昏糊，呼吸短促，汗多肢温，瞬即转为面色苍白，气短息微，汗冷而粘，二便自遗，舌淡、苔白，脉微欲绝或虚细无根。

(5) 内闭外脱：神志昏乱，身热蒸手，呼吸气粗，鼾声大作，目闭口干，四肢厥冷，汗出面白，撒手小便失禁，舌红或淡红，脉沉伏或虚数无力。

治则与治法

1.外感引起者：

（1）热陷心包：

治则：清营泄热，醒神开窍。

处方：中冲（－） 内关（－） 行间（－）（双） 水沟（－） 膻中（－）

操作：取仰卧位。中冲点刺微出血。水沟与膻中用右转为主的泻法。余穴在进针得气后均施以补法。

2.腑热薰蒸：

治则：泻热攻下，醒神开窍。

处方：胃俞（－） 大肠俞（－） 陷谷（－） 合谷（－） 天枢（－）（双）

操作：先取俯卧位，后取仰卧位。进针得气后用慢按紧提手法。不留针或短时期留针。

（3）热毒攻心：

治则：清热解毒、醒神开窍

处方：足三里（－） 神门（－） 十宣（－）（双） 百会（－） 印堂（－）

操作：取仰卧位。十宣用三棱针点刺放血。百会神门印堂均用右转为主的泻法。足三里用提插泻法，不留针。

（4）湿热蒙蔽：

治则：清热利湿，豁痰开窍。

处方：外关（－） 阴陵泉（－） 丰隆（－） 公孙（－）（双）

操作：取仰卧位。进针得气后施以泻法，留针10～15分钟。

（5）暑热上冒：

治则：泄热开窍。

处方：二间（－） 内庭（－）（双） 大椎（－） 百会（－） 水沟（－）

操作：百会、大椎取俯伏坐位，余穴取仰卧位。进针得气后用右转为主的泻法，不留针。

（6）热盛动风：

治则：清热熄风，醒神开窍。

处方：十宣（－） 风池（－） 劳宫（－） 行间（－）（双） 大椎（－）

操作：大椎取坐位。余穴取仰卧位。十宣用三棱针点刺放血，余穴均用提按泻法，不留针或短时间留针，以便再做1～2度手法。

3.内伤引起者：

（1）阴虚风动：

治则：补阴潜阳，平肝熄风。

处方：太溪（＋） 三阴交（＋） 太冲（－） 风池（－）（双）

操作：取仰卧位。进针得气后先用提插补法，后用提插泻法，留针20～30分钟。

(2) 风痰内闭：

治则：平肝熄风，涤痰开窍。

处方：行间（－） 风池（－） 丰隆（－） 水沟（－） 内关（－）（双）

操作：取仰卧位。得气后均用提插泻法，不留针或短时间留针，以便再做1～2度手法。

3.瘀血阻心：

治则：祛痰开窍。

处方：膈俞（－） 脾俞（－） 内关（－） 血海（－）（双）

操作：先取俯卧位，后取仰卧位。手法合前。

4.阴竭阳脱：

治则：回阳固脱，益气敛阴。

处方：足三里（＋） 气海（△） 复溜（＋）（双）

操作：进针得气后均用提插补法，留针20～30分钟。气海穴用隔附子饼灸3～5壮。

5.内闭外脱：

治则：豁痰开窍，回阳固脱。

处方：丰隆（－） 列缺（－）（双） 复溜（＋）（△） 中脘（－） 百会（＋） 气海或关元（＋）（△）

操作：取仰卧位。进针得气后，气海或关元、复溜先用提插补法，出针后再用隔附子饼灸3～5壮，次用提插泻法，不留针或短时期留针。

评述

神昏多见于急症中，常发生于病毒感染、脑血管意外、颅脑外伤、尿中毒、肝昏迷和糖尿病酸中毒、脑型疟疾以及药物中毒等疾患，处理时必须镇静而迅速，未确诊前使用针灸应根据其临床表现，审因施治，往往有促使苏醒之可能。在抢救的同时，必须迅速进行有针对性的检查，及早明确诊断，采取病因治疗。在抢救过程中还须严密观察患者的呼吸、脉搏、血压、面色和昏迷的深浅，及时采用相应的措施，并积极做好护理工作，防止发生并发症。

四 昏厥

昏厥俗称昏倒，是由于一时性脑血流量不足或脑缺氧引起的短暂性意识丧失，其症状特征为突然昏倒，不省人事，四肢厥冷，移时方苏。

证候鉴别

1.气虚：突然昏晕，面色皖白，气息微弱，汗出肢冷，舌淡，脉沉迟。

2.血虚：突然昏厥，面色苍白，口唇无华，呼吸缓慢，目陷无神，舌淡，脉细数无力。

3.血气上逆：突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，双手紧握，呼吸气粗，面赤唇紫，

舌红或紫暗，脉沉弦。

4.阴虚肝旺：头晕目眩，急躁易怒，眩仆不语，面红目赤，四肢颤抖，舌红、少苔，脉弦细数。

5.痰浊上蒙：突然昏仆，不知人事，喉有痰鸣，鼾声如锯，呕吐涎沫，四肢厥冷，苔白腻，脉弦滑。

6.暑邪中伤：突然昏倒，气喘不语，身热肢厥，冷汗不止，面色潮红或苍白，牙关微紧或口开，舌红而干，脉洪数或虚数而大。

治则与治法

1.气虚：

治则：补气回阳。

处方：复溜（＋）　脾俞（＋）　肺俞（＋）（双）　气海（＋）（△）

操作：先取俯卧位。进针得气后均用提插补法，留针15～20分钟，后取仰卧位，针刺手法同上。气海穴用隔附子饼灸3～5壮。

2.血虚：

治则：益气敛阴。

处方：足三里（＋）　三阴交（＋）　膈俞（＋）　心俞（＋）（双）　气海（＋）

操作：先取仰卧位，进针得气后均用紧提插补法；后取伏卧位，针刺手法同前，留针均为20～30分钟。

3.血气上逆：

治则：疏肝降逆，治血通瘀。

处方：太冲（－）　血海（＋）　大陵（－）　蠡沟（－）　水沟（－）

操作：取仰卧位。进针得气后均用紧提插泻法，不留针或短时间留针。

4.阴虚肝旺：

治则：补肾泻肝，以潜厥阴。

处方：太溪（＋）　照海（＋）　行间（－）　期门（－）（双）　关元（＋）

操作：取仰卧位。先施提插补法，留针20～30分钟。后施提插泻法，不留针或短时间留针。

5.痰浊上蒙：

治则：行气豁痰。

处方：支沟（－）　丰隆（－）　列缺（－）（双）　中脘（－）　水沟（－）

操作：取仰卧位。进针得气后均用提插泻法，不留针或短时间留针。

6.暑邪中伤：

治则：泄热开窍。

处方：二间（－）　内庭（－）（双）　水沟（－）　大椎（－）　百会（－）

操作：先取仰卧位。四肢穴进针得气后均用提插泻法，水沟穴用右转为主的泻法，均不留针。

评述

晕厥一症，即《内经》所称"薄厥"，后世有"郁冒"、"气厥"、"血厥"、"痰厥"、"食厥"、"暑厥"、"酒厥"、"昏厥"、"昏仆"等名称，在临床上晕厥须与神昏、眩晕、癫痫等病相鉴别。神昏是持久而不易迅速逆转的知觉丧失；眩晕是一种运动性幻觉，视物旋转不定，甚则不能站立，但无神志不清；癫痫：昏仆，虽然移时逐渐苏醒，但发则四肢抽搐，口眼抽引，牙关紧闭，口吐白沫。晕厥的处理基本上分二种：①对因治疗，即根据不同病因采取相应措施。②对症治疗，通用功能性晕厥，为气虚、血虚与阴虚肝旺三型，其他为气血上逆、痰浊上蒙、暑邪中伤三型。前二型须要进一步检查来明确诊断，后一型必须同时采用降温措施。针灸治疗时应一律采用头部放低的平卧体位，室内完全必须保持流通，衣领必须松解，一般即可苏醒。遇癔病性晕厥可同时用通关散吹鼻以开窍。对频发体位性晕厥患者应给以高盐饮食，排尿性晕厥病人夜间不宜起床排尿，应采取坐位排尿。

五　浮肿

浮肿指全身或局部按之有凹陷的水肿，是临床上一个常见症状，现代医学根据原因分器质性和功能性两类，前者分全身性浮肿，常见于心、肝及肾脏疾患，局限性浮肿，常见于静脉梗阻、淋巴回流梗阻、变态反应性、神经营养障碍局部炎症和妊娠期。后者常见于特发性水肿，卵巢功能紊乱和功能性浮肿，一般均为局部浮肿，多见于女性患者，在中医临床上浮肿分外感与内伤两类。

证候鉴别

1.风寒袭肺：眼睑先肿，来势迅速，重则四肢及全身皆肿，畏寒恶风，或伴发热，遍身骨节酸痛，小便少，苔薄白，脉浮紧。

2.风热犯肺：眼睑和面部突然浮肿，发热恶风，咳嗽咽痛，小便短少，舌边尖微红、苔薄黄，脉浮数。

3.水湿困脾：浮肿起病缓慢，多数由四肢先起，继而以腹部、下肢为甚，身重困倦，胸闷泛恶，口淡或有甜味，溲清而短，苔白腻，脉沉缓或沉迟。

4.脾肾阳虚：浮肿先由腰足始，腰腹以下更为明显，按之凹陷不起，神倦肢冷，纳少便溏，尿少色清，腰腹酸软沉重，或阴囊湿冷，怯寒肢冷，舌淡或胖、苔薄白而滑，脉沉缓或沉细而弱。

5.气血两虚：浮肿先见于面部，面色㿠白或萎黄，继而四肢亦现浮肿，伴有头晕心悸，气短纳少，神疲体倦，舌淡少苔，脉虚细无力。

治则与治法

1.风寒袭肺：

治则：疏风散寒，宣肺利水。

处方：风门（○）　肺俞（○）　曲池（－）　列缺（－）　阴陵泉（－）

操作：先取仰卧位。刺四肢穴位，进针得气后均用提插泻法，不留针或短时间留针。后取伏坐位拔火罐10分钟。

2.风热犯肺：

治则：疏风清热，宣肺利水。

处方：肺俞（－）　风门（－）　尺泽（－）　委阳（－）　少商(－)（微出血）

操作：先取伏坐位，委阳肺俞两穴，进针得气后均用提插泻法，不留针。后取仰卧位，针刺手法同前，不留针。

3.水湿困脾：

治则：温中健脾，行气利水。

处方：公孙（＋）　阴陵泉(＋)　外关(－)　章门(＋)(△)(双)　下脘(＋)（△）

操作：取仰卧位，进针得气后除外关用提插泻法外，全均用提插补法，留针20～30分钟，腹部穴加用隔姜灸3～5壮。

4.脾肾阳虚：

治则：温补脾肾，通阳利水。

处方：脾俞（△）　肾俞（△）　三焦俞（△）　三阴交（＋）　太溪（＋）（双）　命门（△）

操作：先取俯卧位用灸法，每穴3壮后取仰卧位，进针得气后均用提插补法，留针20～30分钟。

5.气血两虚：

治则：补气生血。

处方：血海（＋）　膈俞（＋）　气海俞（＋）　足三里（＋）　三阴交（＋）（双）　气海（＋）（△）

操作：先取仰卧位，后取俯卧位。进针得气后均用提插补法，留针20～30分钟。

评述

浮肿采用病因治疗，当然是解决问题的关键，但是在寻找病因过程中一般可采用对症治疗，这是符合急则治标精神的。针灸治疗浮肿，其治则离不开利水，但应当根据不同症因，有宣肺利水、通阳利水、健脾利水、温肾利水之分，一般来说，阳水治宜宣通，阴水治宜温补。对于不同病因的全身性水肿，在未确诊前，一方面应当限制钠盐的摄入量，另一方面也可采用利水的治法，但对肾脏有严重损害者，多用利水之法，会引起耗伤阴液，值得引起注意。从针灸治疗浮肿的疗效来看，功能性浮肿要比器质性浮肿为佳。

六　瘫痪

瘫痪系指四肢随意动作丧失或减退，现代医学认为自大脑运动皮质至骨骼肌的任何一部分发生病变时，均能产生瘫痪。由于锥体束的细胞或轴突损害者，为上运动神经元

下

瘫痪，亦称中枢性瘫痪；由于脑干运动细胞、脊髓前角细胞或其周围神经损害者，为下运动神经元瘫痪，亦称周围性瘫痪。此外，也可发生于神经肌肉连结点的传递障碍或骨骼肌本身的病变，一般称为肌病性瘫痪。中医古称“痿躄”、“弹鬼”、“四肢不用”、“四肢不举”等均属本症范畴。

证候鉴别

1.肺胃津伤：外感发热期或发热后，上肢或下肢出现软弱无力，手不能紧握，足不能地，甚至完全痿废不用，渐致肌肉瘦削，皮肤干枯，心烦口渴，手足心热，两颧红赤，咽干唇燥，小便短赤热痛，舌红、少津、苔黄，脉细数。

2.肝肾阴虚：发病缓慢，上肢或下肢逐渐痿弱不用，腰脊酸软，久则骨肉瘦削，可伴有麻木、拘挛、筋惕肉瞤，头晕眼花，两耳轰鸣，潮热盗汗，颧红咽干，尿少腑，舌红绛、少津，脉弦细数。

3.湿热浸淫：四肢或两下肢痿软无力，甚至瘫痪。身热不扬，脘胀纳呆，头蒙身困，颜面虚浮，口干苦而粘，小便赤涩热痛，舌红、苔黄腻，脉需数或滑数。

4.寒湿留阻：面肿或虚浮晦滞，四肢困重，活动不灵，甚至瘫痪。常伴有腰脊酸楚，胸闷纳呆，泛恶呕吐，或有肌肤搔痒，足跗微肿，女子可见带下，舌胖边有齿痕、苔白腻，脉滑缓。

5.脾胃气虚：下肢从软弱无力发展成瘫痪，神疲倦怠，头晕肢困，纳少便溏，舌淡、苔薄，脉细软。

6.肾阳虚衰：四肢瘫痪，清冷，多汗，皮毛脱落，足跗微肿，常伴有头晕耳鸣，腰酸遗泄，阳事萎顿，舌淡白，脉弱尺部尤甚。

7.瘀血阻络：外伤后两下肢瘫痪，不知痛痒，二便失禁或尿潴留，大便秘结，胸胁肌肤时有刺痛，两跗水肿，日久形肉渐脱，肌肤甲错，四肢清冷，舌红或有瘀血斑点，脉沉细而涩。

8.肝郁血虚：患者多愁善悲，一遇激怒则暴发肢体瘫痪，病程虽久，肌肉不见瘦削，肌肤润泽，伴两胁胀痛，嗳气，叹息，夜寐难酣，舌淡红，脉弦细。

治则与治法

1.肺胃津伤：

治则：清热保津，补益肺胃。

处方：肺俞（＋）　胃俞（＋）　尺泽（＋）　足三里（＋）　合谷（＋）　风门（－）（双）

操作：先取俯卧位，后取仰卧位或坐位。进针得气后用捻转补泻法，留针20～30分钟。

2.肝肾阴虚：

治则：调补肝肾，以清虚热。

处方：肝俞（＋）　肾俞（＋）　太冲（＋）　太谿（＋）　气海（＋）　关元（＋）

操作：先取俯卧位，后取仰卧位。进针得气后用捻转补法，留针20～30分钟。

3.湿热浸淫：

治则：清热利湿，和营通络。

处方：胃俞（－） 三焦俞（－） 阴陵泉（－） 丰隆（－） 二间（－） 内庭（－）

操作：先取俯卧位，后取仰卧位。进针得气后用提插泻法，留针10～15分钟。

4.寒湿留阻：

治则：健脾逐湿，温经散寒。

处方：脾俞（＋） 胃俞（－） 膀胱俞（－） 委阳（－） 三阴交（＋） 跗阳（－）

操作：先取俯卧位，后取仰卧位。进针得气后用提插补泻法，留针15～20分钟，加用温针法。

5.脾胃气虚：

治则：补益脾胃。

处方：足三里（＋） 阴陵泉（＋） 解谿（＋） 大都（＋） 脾俞（＋） 胃俞（＋）

操作：先取仰卧位或坐位，后取俯卧位。进针得气后用提插捻转补法。

6.肾阳虚衰：

治则：温补肾阳。

处方：带脉（＋） 复溜（＋） 手三里（＋）（双） 命门（＋）（△） 腰阳关（＋）（△）

操作：先取俯卧位，后取仰卧位。进针得气后，用捻转补法，留针20～30分钟。灸法，用隔附子饼灸３～５壮。

7.瘀血阻络：

治则：活血祛瘀，通经和络。

处方：手三里（－） 合谷（－） 通里（－） 足三里（－） 血海（－） 太冲（－） 公孙（－） 大包（－）（双）

操作：取仰卧位。进针得气后，用提插泻法，大包穴用捻转泻法，留针10～20分钟。

8.肝郁血虚：

治则：疏肝解郁，健脾养血。

处方：大陵（－） 内关（－） 血海（＋） 三阴交（＋） 太冲（－）（双）

操作：取仰卧位或坐位。进针得气后用提插补泻法，留针10～20分钟。

评述

瘫痪一症，重症居多，治疗较难，临床辨证务必仔细，首先考虑瘫痪的部位和范围，然后结合发病过程、其他神经征象（如感觉障碍）、全身情况(如发热与高血压等)以及必要的实验室检查，明确诊断，早期治疗，才能取得疗效，如早期误诊误治，迁延时机则往往难以恢复。瘫痪日久，气虚血滞，脉络势必瘀阻，佐以活血化瘀，和营通络之法，往往有助于提高疗效。瘫痪严重者，必须加强护理工作，保持皮肤清洁干燥，骨

隆起处避免受压，并定期改变体位，防止发生褥疮。并发尿路感染者，应给以留置导尿，定期冲洗。针灸治疗以外，更要多作主动和被动运动，防止肌肉萎缩或畸形。

黄羡明

第二节　头、项、背、腰症状

七　头痛

头痛是一种常见的自觉症状，有时也是某些严重疾病的早期或突出的症状。现代医学根据病史分为四类：①反复发作性（指过去有类似发作，发作间并无不适者）如偏头痛、血管性头痛；②继发性（指头痛前有明显诱因或其他症状者）如外伤性头痛、腰穿后头痛、感染中毒性头痛、眼耳鼻口腔、下颌关节、颈椎、颅骨及颞动脉炎等病变引起的头痛；③急性发作性（指无上述因素而突然发生者）如蛛网膜下腔出血、脑膜炎、脑溢血、高血压脑病等；④慢性进行性（指经常性的、波动性的和逐渐加重的）如颅内占位性病变、高血压头痛、肌肉收缩性头痛、精神神经性头痛等。中医根据病史和临床表现，审察病因，概括分为外感性与内伤性两大类，这里着重介绍以头痛为主的证型。

证候鉴别

1.外感性：

（1）外感风寒：头痛有时连及项背，或有紧束感，遇风寒则痛剧，畏寒发热，骨节酸痛，口不渴，苔薄白，脉浮紧。

（2）外感风热：头痛而胀，发热恶风，面红目赤，咽喉肿痛，口干欲饮，舌尖红、苔薄黄，脉浮数。

（3）外感风湿：头痛且重，自觉紧裹，肢体困重，胸闷纳呆，苔白腻，脉濡或滑。

2.内伤性：

（1）肝阳上亢：头痛头晕，烦躁易怒，怒则加重，夜寐不安，或兼胁痛，面红口干，苔薄黄或舌红、少苔，脉弦或细数。

（2）痰浊上蒙：头痛头晕，胸脘痞闷，恶心，呕吐痰沫，纳呆，苔白腻，脉滑。

（3）瘀血阻络：头痛经久不愈，痛处固定不移，痛如锥刺，舌紫或有瘀斑，脉细涩或沉涩。

（4）阴血亏虚：头痛隐隐，伴有头晕眼花，心悸少寐，面恍少华，唇舌色淡，脉细弱。

（5）中气虚弱：头脑空痛，触劳则甚，神疲乏力，纳少便溏，苔薄白，脉虚软无力。

治则与治法

1.外感风寒：

治则：疏风散寒解表。

处方：肺俞（－） 天柱（－） 通谷（－） 前谷（－）

操作：取伏坐位。进针得气后用提插泻法，留针10～20分钟。

2.外感风热：

治则：祛风清热解表。

处方：风门（－） 风池（－） 液门（－） 曲池（－） 大椎（－） 风府（－）

操作：取俯伏坐位。进针得气后用提插泻法，留针5分钟或不留针。

3.外感风湿：

治则：祛风胜湿。

处方：风池（－） 阴陵泉（－） 合谷（－） 足三里（－） 悬厘（－）（双）

操作：取仰靠坐位。进针得气后，用提插泻法，留针10～20分钟，也可加用温针法。

4.肝阳上亢：

治则：清泄肝胆。

处方：太冲（－） 阳辅（－） 风池（－） 丝竹空或透率谷（－） 内关（－）（双） 百会（－）

操作：取仰卧位。进针得气后，头部穴位用捻转泻法，四肢穴位用提插泻法，丝竹空针向率谷沿皮平透1～1.5寸。

5.痰浊上蒙：

治则：化痰降逆。

处方：列缺（－） 丰隆（－） 公孙（－）（双） 印堂（－） 或神庭（－）

操作：取仰卧位或坐位。进针得气后，头部穴位用捻转泻法，四肢穴位用提插泻法，留针10～15分钟。

6.瘀血阻络：

治则：祛瘀通络。

处方：膈俞（－） 血海（－） 太阳（－） 外关（－） 丰隆（－）（双）

操作：取俯伏坐位或伏卧位。进针得气后用捻转泻法即出针，四肢用提插泻法，太阳穴用捻转泻法，各留针15～20分钟。

7.阴血亏虚：

治则：补气生血。

治法：三阴交（＋） 膈俞（＋） 胃俞（＋） 血海（＋）（双） 大椎（＋）气海（＋）

操作：先取仰卧位，后取伏卧位。进针得气后，腹部及下肢穴用提插补法，背部穴用捻转补法，各留针10分钟。

8.中气虚弱：

治则：补益中气。

治法：足三里（＋） 三阴交（＋） 气海（＋） 中脘（＋）

操作：取仰卧位。进针得气后，用提插捻转补法，留针20～30分钟。

评述

头痛一症，有外感内伤之分，外感头痛多为新病，病程较短，每兼有表证，痛势较剧而无休止，辨证时要分清风寒、风热、风湿。内伤头痛多为久病，不兼表证，病程较长，病势较缓，时发时止，当辨虚实。在慢性头痛中属痰浊、瘀血以及肝阳上亢者，多为虚中夹实，即本虚标实，治疗时应注意标本缓急。在病因不明前，可采取对症治疗。根据中医学理论，头为诸阳之会，手足三阳经皆循行头面，足厥阴肝经亦上巅络脑，因此可用分经辨证方法，即头脑后部、下连项背为太阳头痛，前额连及眉棱为阳明头痛，头之两侧、连及耳部为少阳头痛，巅顶连及目系为厥阴头痛。由于头痛的病因相当复杂，临诊时必须详细询问病史。如伴有呕吐，症状逐渐加重，或有癫痫发作，甚至出现瘫痪者，应考虑到颅内病变作进一步检查，以防漏诊和误诊。

八　头晕

头晕是指视物昏花旋转，尤如乘坐舟车，站立不稳，泛酸欲恶，甚至呕吐，汗出而仆，但意识并不丧失，有时可出现眼球震颤，故亦名眩晕。这一症状可出现于多种疾病，在现代医学中包括迷路器官疾病为内耳性眩晕，某些药物中毒：高血压病、贫血、神经官能症以及某些脑部疾患，中医学认为头晕乃内伤疾病常见之症，辨证当分虚实。

证候鉴别

1.肝阳上亢：头晕而胀，烦躁恼怒辄易增剧，面红，口干且苦，两耳轰鸣，寐少梦多，舌红、苔薄黄，脉弦。

2.痰浊中阻：头晕且重，胸脘满闷，泛泛欲呕，不思饮食，神倦嗜睡，苔白腻，脉濡滑或弦滑。

3.肾精不足：头晕耳鸣，精神萎靡，腰膝酸软，遗精阳萎，记忆退减，寐艰多梦，舌淡或红，脉沉细或细弦。

4.阴虚阳亢：头晕目涩，心烦不安，失眠多梦，或有盗汗，手足心热，口干，舌红、少苔，脉细数或细弦。

5.气血两虚：头晕眼花，动则加剧，面色㿠白，唇甲不华，倦怠懒言，心悸失眠，纳少或便溏，舌淡，脉细软。

治则与治法

1.肝阳上亢：

治则：平肝潜阳，清火熄风。

处方：太冲（－）　太谿（＋）　风池（－）　内关（－）

操作：取仰卧或正坐位，进针得气后，用提插捻转补泻手法。

2.痰浊中阻：

治则：健脾和胃，化湿祛痰。

处方：中脘（＋）　章门（＋）　足三里（＋）　阴陵泉（＋）　丰隆（＋）

操作：同前。

3.肾精不足：

治则：补肾助阳或补肾育阴。

处方：肾俞（＋）　三焦俞（＋）　复溜（＋）　列缺（＋）　命门（＋）　关元（＋）　偏阳虚者用温针或艾条熏灸。

操作：同前。

4.阴虚阳亢：

治则：育阴潜阳。

处方：三阴交（＋）　照海（＋）　神门（＋）　关元（＋）　百会（－）　风池（－）

操作：同前。

5.气血两虚：

治则：补中益气。

处方：中脘（＋）　建里（＋）　章门（＋）　足三里（＋）　膈俞（＋）　或脾俞（＋）　胃俞（＋）　膏肓俞（＋）　膈俞（＋）

操作：同前。

评述

头晕一症，原因甚多，现代医学诊断要分清耳源性包括美尼尔氏综合征、迷路炎症、外伤、出血、内听动脉阻塞、阵发性位置性、耳部手术后遗症及晕动症等；神经元性包括小脑桥脑角病变、前庭神经元炎、椎基动脉供血不足、小脑后下动脉阻塞、脑干肿瘤、癫痫以及偏头痛先兆等；眼原性包括屈光不正和眼肌瘫痪；颈原性包括颈肌不平等、肥大性颈椎骨关节炎等；全身性包括心血管病、血液病、代谢性病、过敏反应、药物中毒、减压病以及全身严重感染等，要明确诊断，只有依靠病史及体征，然后进行对因治疗。中医学关于头晕的诊治，认为此症虚多实少。即使肝阳上亢引起的，虽属实证，但多数有阴伤的根子，属标实本虚，治宜兼顾。痰浊中阻引起的则明显是实证，在辨证时较易鉴别。此外头部外伤，震伤脑髓后也每易发生头晕后遗症，临床上在辨证基础上可加用活血化瘀法。

九　颈项痛

颈项痛是指颈项部位发生疼痛的自觉症状，这一症状多为实症，常见于内、外科多种疾病，颈项痛可以引起牵强板滞，但不同于项强以肌肉强直，不能俯仰为主，临床上必须仔细区别。

证候鉴别

1.风寒在表：颈项强痛，伴有恶寒发热，头痛头重，汗出热不解，遍身酸痛，苔白，脉浮。

2.风热挟痰：颈项痛，颈侧结块形如鸡卵，色白坚肿，甚则红肿热痛，破溃出脓，常伴有发热恶寒，舌红、苔黄或腻，脉弦数或滑数。

3.扭伤项肌：一侧颈项强痛而重，痛向背部放射，动则疼痛增剧，甚至呼吸、咳嗽、喷嚏均感疼痛。

4.落枕项痛：起病突然，多在醒来发病。颈项一侧或两侧强痛，不能前俯后仰及左右转动，疼痛可向背部或肩部放射。

治则与治法

1.风寒在表：

治则：疏风解表，宣通经络。

处方：风池（－） 风门（－） 后谿（－） 外关（－）（双） 大椎（－）风府（－）

操作：取俯伏坐位，进针得气后，用提插泻法，留针20～30分钟，背穴可加拔火罐。

2.风热挟痰：

治则：散风清热，化痰消肿。

处方：合谷（－） 内庭（－） 丰隆（－） 风池（－） 支沟（－） 天牖（－）

操作：取仰卧位。进针得气后，用提插泻法，留针10分钟。

3.扭伤项肌：

治则：理气止痛，舒筋通络。

处方：后谿（－） 申脉（－） 会宗（－） 悬钟（－）（双）

操作：取仰卧位或仰靠坐位。进针得气后，用提插泻法，留针30分钟，出针后可加拔火罐。

4.落枕项痛：

治则：散风通络。

处方：风池（－） 肩外俞（－） 后谿（－）或落枕穴（－）（双） 风府（－）

操作：取坐位。进针得气后，用提插捻转泻法，留针20～30分钟，出针后加拔火罐。

评述

现代医学所称颈椎骨关节炎，增生性颈椎炎、颈神经根综合征、颈椎间盘突出症等，均属于颈椎病。其病因多与长期劳损、骨质增生、椎间盘突出、韧带增厚、颈脊髓受压迫、神经根和局部供血不良等因素有关，根据临床表现其病因往往并不单一。

而中医认为颈椎病的病机多为病邪侵袭，局部脉络阻滞所致，治疗应当以“通”为

主，有外邪者当解表祛邪，有痰湿者当清化痰湿，气滞脉络者当理气通络。

十　背腰痛

背腰痛是指某些原因引起疼痛的一种自觉症状。根据现代医学病因分类，由于局部原因引起者有外伤（骨折、脱位）、先天性结构异常、炎症、肿瘤、类风湿性脊髓炎、退行性病变等，属于全身性原因和其他内脏器官疾病引起的有盆腔炎、胸腹腔肿瘤、膀胱、子宫、肾与输尿管以及心血管肝胆胃方面的疾病，都可能出现背痛或腰痛症状。中医学对本症临床辨证，总的分外感、内伤以及跌仆挫扭三大类，在此基础上，通过辨证审察病因，加以分型。

证候鉴别

1.风寒袭表：外感风寒，突然背痛，项强板滞不舒或腰痛下连尻腿，有拘急感，伴有头痛，发热恶寒，无汗或有汗，苔薄白，脉浮紧。

2.风湿痹阻：背腰钝痛或隐痛，时轻时重，阴雨天气或秋冬气候寒凉每易加剧，伴有腰骶或下肢疼痛，日久可见肌肉萎缩。

3.气血不和：背腰痛每于睡时为甚，起床活动即可减轻，伴有上肢或下肢麻木，苔薄，脉沉细或细涩。

4.劳损肾虚：腰府酸痛绵绵，休息则减，触劳则剧，有时伴有头晕、耳鸣，两膝酸软，足跟疼痛，遗精阳萎或月经不调，白带淋漓等症。肾阳虚者，畏冷喜暖，四肢清冷，舌淡而胖，脉沉细；肾阴虚者时有低热盗汗，面部灼热，口干、舌红，脉细数等症。

5.闪挫血瘀：起病有明显外伤史，疼痛剧烈。发病根据挫闪部位，背痛时呼吸亦受限制，腰痛不能俯仰转侧，咳嚏亦易震痛，不论背腰痛处均有明显压痛。

治则与治法

1.风寒袭表：

治则：疏风解表，理气止痛。

处方：风池（－）　曲池（－）　列缺（－）　风门（○）（－）　次髎（－）或膀胱俞（－）　委中（－）（双）　大椎（－）　或陶道（－）

操作：取伏卧位。进针得气后，用提插泻法，留针20～30分钟，腰背可加用火罐。

2.风湿痹阻：

治则：温经散寒，化湿通络。

处方：督俞（○）（△）　胃俞（○）（△）　膀胱俞（△）　委阳（－）　或委中（－）（双）

操作：取俯卧位。进针得气后，用提插泻法，留针15～20分钟。腰背部加拔火罐。

3.气血不和：

治则：理气和络。

处方：支沟（＋）（－）　足三里（＋）（－）　脾俞（○）（＋）　三焦俞（○）（＋）（双）

操作：先取坐位，后取俯伏坐位。进针得气后，用提插捻转补泻法，留针20～30分钟，腰部加拔火罐。

4.劳损肾虚：

治则：温补肝肾。

处方：肾俞（△）（＋）　关元俞（△）（＋）　腰眼（△）（＋）　复溜（△）（＋）　阳陵泉（△）（＋）

操作：取俯卧位。进针得气后，用提插捻转补法，留针20～30分钟，加用温针和拔罐。

5.闪挫血瘀：

治则：理气止痛，活血化瘀。

处方：腰部阿是穴（○）（－）　腰痛穴（－）　委中（双）　水沟（－）

操作：阿是穴用七星针重扣出血加拔大火罐，以祛其瘀。

评述

背腰痛是临床常见的症状，特别是腰部上连脊膂，下接尻尾，中为脊柱，旁其所倚，是整个躯干的主轴，活动度较大，为一身赖以转动开合之枢纽。其两侧为肾脏所居，故中医称腰为肾府。中医诊断学认为，背腰痛不一定合并发生，主要根据筋骨和脏腑的病变部位而定。但病因有简有繁，单凭临床表现往往难以确诊，所以除了问清病史，了解症状和体征以外，有针对性地采用现代医学各种检查是非常必要的。中医临床辨证，有病新病或急性发作者多为实证，久病而反复发作、酸痛绵绵者多为虚证。外感风寒湿邪或闪挫及劳损的背腰痛，经久不愈也可兼见肾虚诸症，相反肾气不足者，风寒湿邪每易乘虚客于经脉并易于闪挫损伤。根据寒者热之，劳者温之的治则，对此应以温通经脉，行气活血为治疗大法。

黄羡明

第三节　四肢症状

十一　四肢麻木

麻木之症，古代称“不仁”，是指肌肤感觉消失或减退的一种自觉症状。若见于四肢者，称为四肢麻木。根据现代医学病理分析，感觉分浅感觉、深感觉与皮层感觉三种。它们的传导通路与病变定位诊断是不相同的。四肢麻木属浅感觉消失或减退，其传导通路与脊髓丘脑束有关。中医临床辨证，主要根据其兼症，审察病因，分清寒热虚实。

证候鉴别

1.风寒入络：四肢麻木伴有疼痛，遇天阴寒冷则加重，四肢发凉，兼有畏风恶寒，腰膝酸沉，苔白润，脉弦紧或弦。

2.气血失荣：四肢麻木无力，面色萎黄无华，伴有心慌气短、头晕、失眠、健忘，舌淡红、苔薄白，脉细弱。

3.气滞血瘀：四肢麻木且感胀痛，按抚则舒，面色晦暗，有的舌有紫色瘀斑，苔燥不润，脉涩。

4.风痰阻络：四肢麻木兼有痒感，或偶有泛恶，痰多，舌白腻，脉弦滑或濡。

5.肝风内动：四肢麻木伴有震颤，头晕、头痛、烦躁易怒，寐艰多梦，舌红、少苔，脉弦劲有力。

6.湿热郁阻：常见下肢麻木，范围不等，伴有灼热疼痛感，患肢扪之发热，甚则喜踏凉地，舌色黯，脉弦数或濡数。

治则与治法

1.风寒入络：

治则：温经散寒，调和营卫。

处方：条口（－） 阳谷（－） 外关（－） 天柱（－） 丰隆（－）（双）

操作：取仰卧位或坐位。进针得气后，用提插泻法，留针20～30分钟，可用温针法。

2.气血失荣：

治则：益气养血。

处方：足三里（－） 三阴交（－） 阴陵泉（－）（双）

操作：提插补法，留针20～30分钟。

3.气滞血瘀：

治则：行气活血，疏通经络。

处方：十二井穴（－） 外关（－） 公孙（－） 血海（－）（双）

操作：取仰靠坐位。十二井穴用无棱针点刺放血，余穴进针得气后用提插泻法，留针10～15分钟。

4.风痰阻络：

治则：祛风涤痰。

处方：风池（－） 列缺（－） 丰隆（－） 公孙（－）（双）

操作：取坐位。进针得气后，用提插泻法，留针15～20分钟。

5.肝风内动：

治则：平肝熄风。

处方：合谷（－） 太冲（－） 或行间（－） 太谿（＋） 风池（－）

操作：取仰卧位或仰靠坐位。进针得气后，用提插捻转补泻法，留针30分钟。

6.湿热郁阻：

治则：清热利湿，宣通经络。

处方：阴陵泉（－） 足三里（－） 申脉（－） 胃俞（－） 膀胱俞（－）（双）

操作：先取仰卧位或坐位，后取俯卧位。进针得气后，用提插捻转泻法，留针5～10分钟。

评述

临床上四肢全部麻木者并不多见，多数是两侧上肢或两侧下肢或一侧上、下肢，检

查前应向患者耐心解释，使病人了解检查意义，取得病人合作，检查时应充分暴露检查部位，检查应从感觉消失或减退区开始，逐渐移向正常区与过敏区，并进行两侧对称部位的对比。应注意感觉减退、消失和过敏的程度、性质及其范围，并反复作多次检查，进行核对。现代医学对四肢麻木的鉴别诊断有一定参考价值。单一周围神经病变，为腹股沟外侧皮神经损害引起的大腿外侧麻木，尺神经损害引起的小指与无名指麻木等。多发性周围神经病变，麻木多数在四肢常呈对称性，下肢较上肢严重，呈手套和袜套状分布；脊髓神经后根病变，常因压迫、炎症、外伤引起剧痛，并呈节段型分布扩散，轻者疼痛仅局限于其分布范围内某一小区内，有时仅感麻木；脊髓侧索病变，两下肢先发生麻木，然后向上扩展到病变水平，只有髓内肿瘤出现麻木先在病变水平，以后渐向下肢扩展；还有许多其他部位病变引起的麻木多兼有瘫痪，共济失调、温觉、深感觉、实体觉、定位觉与二点辨别觉等改变，不属本文介绍范围。中医辨证施治，首先要分清虚实。虚证麻木患肢软弱无力，实证麻木患肢疼痛郁胀，然后运用"虚者补之,实者泻之"的原则，在针灸临床上虚证只能用补气生血，健脾和胃的治则，实证可分祛风、散寒、化痰、活血、行气、熄风等治则，至于虚实夹杂证，则当权衡轻重缓急而施治。另外，在临诊中还须警惕，麻木常常是中风之先兆，特别对风痰阻络和肝风内动之患者，及时治疗四肢麻木，对预防中风有着一定的意义。

十二　四肢抽搐

抽搐是指各种原因引起的不自主的发作性骨骼肌痉挛，它可能表现为强直性或阵挛性，或两者兼而有之，由于抽搐时四肢抽动明显，故称四肢抽搐。抽搐大多是全身性的，至少是双侧性的。

证候鉴别

1.风邪闭阻： 四肢抽搐，多伴发热恶寒、项背强急，筋脉拘挛，肢体酸重或疼痛，甚至口噤、角弓反张，苔白腻或微黄，脉弦紧或数。

2.风热挟痰： 四肢抽搐呈发作性，发则神识不清，四肢先强直痉挛，继之屈伸阵挛，两目上翻，口吐涎沫，二便失禁或口作六畜叫声，醒则一如常人，苔白腻，脉弦滑。

3.邪热亢盛： 壮热口渴引饮，面红气粗，四肢抽搐，颈项强直，角弓反张，两目上翻，可伴有神昏谵语，尿黄便干，舌红、苔黄或黄腻，脉滑数。

4.阴虚阳亢： 四肢抽搐每于激怒后诱发，不发时眩晕、目糊，腰酸腿软，四肢麻木拘急，五心烦热，舌红、少苔，脉弦细而数。

5.肝郁血虚： 平素多愁善感，寐艰多梦，胸闷太息，一旦情志不悦，捶胸顿足，哭笑无常，甚至昏仆，四肢抽搐，伴有手足舞动，舌淡，脉弦细。

6.误中药毒： 四肢抽搐，其兼证可因邪毒性质不同而各异，一般多发生于误服毒药，如马钱子超量或接触化学毒品而引起。

治则与治法

1.风邪闭阻：

治则：祛风通络，调血和营。

处方：风池（－） 金门（－）（双） 风府（－） 水沟（－） 大椎（－） 筋缩（－） 或神道（－）

操作：先取俯卧位，后取仰靠坐位。进针得气后用捻转泻法，留针15～20分钟。

2.风热挟痰：

治则：熄风清热，化痰宣窍。

处方：丰隆（－） 公孙（－） 风池（－） 少商（－）（双） 水沟（－）

操作：取仰靠坐位。进针得气后用提插泻法，少商用三棱针点刺放血，水沟用捻转泻法。

3.邪热亢盛：

治则：清热利湿，熄风宣窍。

处方：十宣（－） 或中冲（－） 陷谷（－） 间使（－） 身柱（－） 大椎（－） 风府（－）

操作：取仰靠坐位。十宣或中冲用三棱针点刺放血，余穴用捻转泻法，留针3～5分钟。

4.阴虚阳亢：

治则：育阴潜阳，平肝熄风。

处方：风池（－） 太冲（－） 太溪（＋） 阳辅（－）（双） 关元（＋）

操作：取仰卧位。进针得气后用提插补泻法，留针20～30分钟。

5.肝郁血虚：

治则：疏肝解郁，补益心脾。

处方：内关(－) 或大陵透内关（－） 太冲（－） 三阴交（＋） 神门（＋） 合谷（－）（双）

操作：取仰卧位。进针得气后用捻转补泻法，留针15～20分钟。

评述

抽搐一症，病因很多，表现复杂，现代医学分伴发意识障碍和不伴发意识障碍两大类。前者包括癫痫大发作抽搐，尿毒症、子痫、急性脑缺氧、低血糖、低血钙、非酮性高渗性糖尿病昏迷、肝昏迷、急性尿卟啉症等代谢性疾病引起的抽搐，中毒性抽搐，急性脑病的抽搐，晕厥性抽搐，发热惊厥的抽搐等；后者包括局限性癫痫、手足搐搦症，破伤风、狂犬病、马钱子中毒、癔病性抽搐等。以上原因发生的抽搐，临诊时必须加以鉴别。中医对四肢抽搐的辨证，要分清外感、内伤或中毒，外感者注意其病邪特点；内伤者须注意其兼见症状、气血阴阳偏盛或偏衰的表现；中毒者注意病史，其兼证可因邪毒性质不同而各异，一般不难鉴别。

十三　四肢疼痛

四肢疼痛是上肢或下肢，或上下肢肌肉、筋腱、关节病变引起的症状。现代医学有关四肢疼痛分为关节病变包括自身免疫性疾病的风湿性及风湿样关节炎、播散性红斑狼疮等；感染性病变的结核性及化脓性关节炎，以及其他原因，如全身感染性疾病和过敏性疾病引起的关节炎；关节周围病变包括多种滑囊炎、腱鞘炎、纤维织炎、肩关节周围炎症。中医对四肢酸痛产生的病因，外因不外乎风寒湿热等病邪，内因多与气血虚弱、肝肾亏损及痰浊、瘀阻有关，统称痹症。辨证时当分寒热虚实。

证候鉴别

1.风邪痹阻：四肢关节疼痛，痛无定处，以腕、肘、膝、踝等关节受累多见，局部无红肿灼热，或兼有恶风。舌质一般正常，苔薄白，脉浮紧或弦。

2.寒邪痹阻：四肢关节疼痛，痛处不移，局部皮色不变，遇寒痛剧，得温痛减，苔白，脉弦紧。

3.湿邪痹阻：四肢关节酸痛，重着不移，局部微肿，不红不热，可伴有肌肤麻木，阴雨天气易加剧，迁延日久则肌肉变硬，骨节变形，苔白腻，脉濡缓。

4.热邪痹阻：四肢关节疼痛拒按，局部红肿灼热，得冷则舒，伴有发热多汗，心烦口渴，舌红、苔黄不润，脉滑数。

5.气血两虚：四肢关节酸痛，触劳加重，可见肌肉瘦削，畏风自汗，伴有头晕乏力，少气懒言，面色㿠白，唇甲无华，舌淡，脉细弱。

6.肝肾亏损：四肢酸痛，筋骨弛缓或拘急，头晕腰酸，耳鸣失聪，阳萎早泄。偏阴虚者疼痛夜甚，舌红、少苔或绛而少津，脉弦细而数；偏阳虚者两胫踝浮肿，便溏溲清，四肢不温，舌淡而胖，脉沉细而弦。

治则与治法

1.风邪痹阻：

治则：祛风通络。

处方：三间（－）　中渚（－）　后溪（－）　束骨（－）　足临泣（－）　陷谷（－）（双）

操作：取仰卧位。先刺上肢穴，后刺下肢穴，进针得气后用提插泻法，留针10～20分钟。

2.寒邪痹阻：

治则：温通经络。

处方：曲池（－）　合谷（－）　支沟（－）　阳陵泉（－）　条口（－）（双）

操作：取仰卧位。进针得气后用提插泻法，留针20～30分钟，加用温针法。

3.湿邪痹阻：

治则：健脾化湿。

处方：阴陵泉（＋） 三阴交（＋） 足三里（＋） 支沟(＋)(双) 下脘（＋）

操作：取仰卧或仰靠坐位。进针得气后用提插补法，留针20～30分钟，可加用温针法。

4.热邪痹阻：

治则：清热利湿。

处方：液门（－） 侠溪（－） 血海（－） 大都（－）（双） 关元（－）

操作：取仰卧位。进针得气后用捻转泻法，留针５～10分钟。

5.气血两虚：

治则：补气活血。

处方：①血海（＋）（双） 气海（＋） 膻中（＋）

②脾俞（＋） 三焦俞（＋） 气海俞（＋）（双）

操作：两方交替用，①方取仰卧位，②方取俯卧位。进针得气后均用呼吸捻转补法，留针20～30分钟，膻中以针向上斜刺。

6.肝肾亏损：

治则：补益肝肾，宣痹和络。

处方：①肝俞（＋） 肾俞（＋） 委阳（＋）（双）

②关元（＋） 三阴交（＋）（双）

操作：前方取俯卧位，后方取仰卧位，两位交替用，配局部穴，进针得气后用捻转补法，留针约30分钟。

评述

在临诊中由于风寒湿邪引起的四肢疼痛最为常见。《内经》所谓“邪之所凑，其气必虚”。后世《济生方·诸痹门》有：“皆因体虚腠理空虚，受风寒湿气而成痹也”之说，但病邪入侵人体有偏胜之不同，时应当辨明其偏胜，施治才有准绳可循。必须引起注意，寒湿之邪往往郁久可以化热，其临床表现每多出现夹杂之证，治疗时不能顾此失彼。至于热邪或挟湿者其病机为阳气多而阴气少，临床表现热象十分明显，与风寒湿痹阻的症状相对照，是不难鉴别的。当然，为了排除一些全身性疾病的原因，在辨证的同时采用一些实验室检查是很必要的，因为感染性病变引起者，血白细胞增多，血清中转氨酶、肌酸磷酸激酐与醛缩酶在多发性肌炎时常增高，在神经性肌萎缩时就正常，血清中碱性磷酸酶在甲状腺旁机能亢进伴有骨骼病变与骨转移性癌等增高。血钙、磷、血沉、抗“O”、血清尿酸、血小板计数等测定也有助于诊断，骨骼或脊柱X线摄诊对骨组织或神经病变患者均有诊断价值。

黄羡明

第四节　胸腹症状

十四　气喘

气喘是指呼吸急促的症状，常见于多种急慢性疾病证的过程中。气喘的临床表现为

呼吸加快、幅度增大或减弱，节律规则与不规则等。但原因是多方面的，根据现代医学诊断，凡是呼吸道阻塞、肺部疾患、胸膜疾患、充血性心力衰竭、呼吸运动受限制，代谢性酸中毒、癔病等疾病均能引起气喘，临诊时必须通过了解病史和多种检查才能加以鉴别、作出确切诊断。中医对气喘的辨证，首先根据病史和表现，分为外感与内伤两类，然后鉴别虚实。总的说来，在肺为实，在肾为虚，所以实证的治疗，应以祛邪利气为治则，重点治肺，虚证的治疗，应以培补摄纳为治则，重点治肾。至于虚实夹杂之证，则当仔细辨证，区别标本缓急而施治。由于喘与哮在病因病机及临床表现各不相同，哮必兼喘，而喘未必兼哮，故本文着重论喘。哮则列在常见病证中介绍。

证候鉴别

1.风寒闭肺：气喘胸闷，伴有咳嗽，咯痰清稀色白。初起多兼恶寒发热，头身疼痛，无汗，口不渴，苔薄白，脉浮紧。

2.风热犯肺：气喘心烦胸闷，伴有咳嗽，咯痰黄稠，或兼有发热口渴，汗出恶风，胸痛等症，苔薄白或薄黄，脉浮数。

3.痰浊阻肺：喘促气粗，痰声漉漉，伴有咳嗽，痰稠难咯，胸脘痞闷，恶心纳呆，苔白腻，脉滑。

4.肝火犯肺：气喘胸闷，咽喉如梗，胸胁胀痛，伴有精神抑郁，性躁易怒，失眠心悸等症，苔薄，脉弦。

5.肾不纳气：气喘日久，气息短促，呼多吸少，动则尤甚，伴有神疲乏力，腰膝酸软，小溲频数，舌淡，脉沉细无力。

6.阳虚水泛：气喘兼咳，难以平卧，鼻翼扇动，伴有心悸腰酸，肢体浮肿，全身畏寒，小溲短少，舌淡而胖、苔白滑，脉沉细无力。

治则与治法

1.风寒闭肺：

治则：温散解表，宣肺平喘。

处方：肺俞（○）（－）　定喘（－）　列缺（－）（双）

操作：取俯伏坐位。进针得气后，用捻转泻法，留针20～30分钟，肺俞出针加拔火罐。

2.风热犯肺：

治则：清热解表，宣肺平喘。

处方：风门（－）　尺泽（－）　鱼际（－）（双）　大椎（－）　身柱（－）

操作：取俯伏坐位。进针得气后用捻转泻法，留针5～10分钟。

3.痰浊阻肺：

治则：祛痰降气平喘。

处方：列缺（－）　丰隆（－）（双）　天突（－）　膻中（－）

操作：取仰卧位。进针得气后用捻转泻法，膻中针向下斜刺，留针15～20分钟。

4.肝火犯肺：

治则：疏肝宽胸，降气平喘。

处方：内关（－）　行间（－）　尺泽（－）　中府（－）（双）

操作：取仰卧位。进针得气后中府用捻转泻法，余穴用提插泻法，留针10～15分钟。

5.肾不纳气：

治则：补肾纳气。

处方：复溜（＋）　经渠（＋）　气海（＋）　膻中（＋）

操作：取仰卧位。进针得气后用捻转补法，膻中针向上斜刺，留针20～30分钟。

6.阳虚水泛：

治则：温阳化水

处方：

①肾俞（△）（＋）　委阳（＋）（双）　命门（△）（＋）

②阳陵泉（＋）　复溜（＋）（双）　关元（△）（＋）

操作：前方取俯卧位，后方取仰卧位。进针得气后用提插捻转补法，留针20～30分钟，腹、腰穴加用温针。

评述

气喘是一种呼吸困难的病理表现，在辨证时必须分清是吸气性、呼气性、还是混合性。吸气性呼吸困难常见于喉及上呼吸道发生阻塞或狭窄，其体征可听到吸气时有喘鸣及频繁干咳；吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙及上腹部呈凹陷；呼吸次数有时反见减少。呼气性呼吸困难常见于支气管性气喘，呼气延长并伴有哮鸣。混合性呼吸困难，常见于胸膜炎、肺炎、肺水肿等疾患，亦见于缺氧或严重贫血患者。实验室检查，除血液常规检查外，可按临诊需要进行X线检查，测定二氧化碳结合力及血液酸碱度、血糖、尿素氮、肌酐等，或涂片检查与培养致病菌，这些检查虽不是中医辨证的依据资料，但有助于明确现代医学诊断，对判断预后和是否运用针灸治疗是有一定帮助的。中医辨证，分清虚实，至关重要，但在临床上虚实挟杂之证并不少见，因此根据标本缓急而施治是必须灵活掌握的。

十五　胸痛

在胸部范围内的疼痛，均可称为胸痛。胸痛是一种常见症状，其病因甚广，可见于多种病证。中医所称的胸痹、心痛、真心痛、厥心痛、痰饮、肺痈、肺痨以及急性热病中一些病证均可出现胸痛症状。关于胸痛的辨证，主要根据不同的临床表现，审察病因与邪正盛衰的情况。总的分为外感、内伤与挤撞挫扭损伤三类。

证候鉴别

1.热毒蕴肺：胸痛咳嗽，痰黄稠而腥臭，呼吸急促恶寒发热，口干不喜饮，甚至咳血，烦躁不安，苔黄厚，脉滑数。

2.心血瘀阻：胸痛固定不移，痛为锥刺，常突然发作，冷汗自出，心悸不宁，缓解后体倦神疲，精神萎靡，舌青紫晦暗或有瘀斑，脉沉细或涩，或结代。

3.气阴两虚：胸痛隐隐，时轻时重，时发时止，心悸不宁，自汗气短，活动后加重，面色皖白，或自觉内热，舌红、少苔而干，脉细数而无力，甚至结代，或舌淡而胖边有齿痕，脉沉迟或结代。

4.痰浊蕴阻：胸痛而闷，咳嗽痰多，或清稀，或稠粘，气短，甚至彻背而痛，气喘不能平卧，苔白润，脉滑。

治则与治法

1.热毒蕴肺：

治则：清热解毒，排脓止血。

处方：少商（－）　鱼际（－）　中府（－）　曲池（－）　支沟（－）（双）

操作：取仰卧位。少商用三棱针点刺放血，中府用捻转泻法，余穴用提插泻法，留针5～10分钟。

2.心血瘀阻：

治则：理气化瘀。

处方：内关（－）　神门（－）　足三里（－）　心俞（－）　膈俞（－）（双）

操作：先取俯卧位，后取仰卧位或仰靠坐位。进针得气后背俞用捻转泻法，四肢用提插泻法，留针15～20分钟。

3.气阴两虚：

治则：益气补阴。

处方：足三里（＋）　三阴交（＋）　郄门（＋）　少海（＋）（双）　膻中（＋）　气海（＋）

操作：取仰卧位。进针得气后膻中针向下斜刺用捻转补法，余穴均可用提插补法，留针20～30分钟。

4.痰浊蕴阻：

治则：化痰利湿。

处方：阴陵泉（＋）　丰隆（－）　内关（－）　公孙（＋）（双）　建里（－）　巨阙（－）

操作：取仰卧位。进针得气后巨阙穴用捻转泻法，余穴均用提插补泻法，留针15～20分钟。

评述

胸痛因胸壁局部轻微损伤而引发者，一般问题不大，对此一些内脏严重病变而引起者，有时可危及生命，不可等闲视之，必须从多方面考虑进行检查，及早明确诊断。

中医对胸痛的辨证，有虚、实、正虚邪实之分。凡心气不足、心阳不振者多属虚证，心血瘀阻者多为本虚标实证，肺部感染或酿成痈脓者初起多属实证，日久可成为正虚邪实证，外伤引起气滞血瘀者多为实证。根据现代医学诊断，应当从胸痛部位，疼痛放射部位，痛的性质，增剧或减轻的因素以及创伤、手术等有关历史，进行分析鉴别。例如：以部位而言，痛在胸骨下应考虑心绞痛、心肌梗塞、主动脉弓瘤、梅毒性主动脉

炎、急性气管炎、食管炎；痛在心前区，多数为心包炎、心绞痛或心脏神经官能症；痛在单侧者，应考虑急性胸膜炎、大叶性肺炎、肋间神经痛、肌纤维炎、肋骨骨折、肺梗塞、腋下深部脓肿、脓胸、自发性气胸、原发性或继发性胸膜癌瘤等。以疼痛放射部位而言，射向左肩及左臂内侧，多为心绞痛、心肌梗塞；射向同侧肩部及颈部多为胸膜炎、膈下脓肿。广泛射向肩、颈、腰部甚至股部，多数是壁间动脉瘤。疼痛沿神经分布呈环状扩散者，多为肋间神经痛。从疼痛性质而言，刺痛或痛如撕裂者常见于胸膜炎或肺炎，痛而伴有压迫感或窒息感者多属心绞痛，痛而酸者病在肌，酸痛或锥痛者病在骨。此外还须注意到其他症状和病史，如食管炎常有吞咽困难、食物反流，肺梗塞常有下肢静脉血栓形成、腹腔手术、盆腔炎或心房纤维颤动等病史。总之，胸痛病因也较复杂，临床上最常见的是胸壁病变引起的，其特征是：①疼痛固定不移，局部有明显压痛，②深呼吸、咳嗽、打嚏及举臂等动作使胸廓活动时痛即加剧，其他为肺及胸膜病变，心血管病变，纵膈及食道病变，横膈病变均可发生胸痛，但各有其临床特征。这对中医辨证也很有参考价值。

十六　吐血(呕血)

吐血是指胃、食道出血，从口吐出，《内经》称呕血。血色多呈棕褐，量多时可呈鲜红或黯红色，常夹有食物残渣。吐血时伴有恶心，上腹部不适或疼痛。根据中医病因学说，多数由于七情内伤、饮食不节导致，属胃络损伤而引起。一般临床所见，实证少，虚证多，虚实夹杂更多。

证候鉴别

1.胃热炽盛：突然吐血，量多色鲜红或紫红，夹有食物残渣，吐血前多伴有烦热口渴，或胃脘疼痛，嘈杂吞酸，或自觉胃脘有热上冲，大便秘结或解而不爽，粪黑如漆，口中秽臭，舌红、苔黄厚，脉滑数。

2.肝火犯胃：吐血伴有胸闷不舒，心烦易怒，口干且苦，或呃逆频作，舌红、苔薄黄，脉弦数。

3.气滞血瘀：吐血成块，色紫黯，伴有胃脘刺痛拒按，痛有定处，口渴不喜饮，舌有紫瘢，脉弦涩。

4.心脾不足：吐血绵绵，色淡而不鲜，胃脘隐痛喜按，神疲乏力，惊悸少寐，纳谷不馨，大便偶见黑色，或腹胀便溏。舌唇色淡、苔少，脉沉细或细涩。

5.脾肾阳虚：吐血反复发作，血色黯淡，伴有四肢清冷，神倦欲寐，面白息微，便溏溲清，舌淡、苔薄白而滑，脉沉迟或缓。甚则面色如妆，喘逆烦躁不安，四肢厥逆，六脉反见细微。

治则与治法

1.胃热炽盛：

治则：清泄阳明，凉血止血。

处方：下廉（－） 足三里（－） 丰隆（－） 上脘（－）

操作：取仰卧位。进针得气后用提插泻法，留针5～10分钟。

2.肝火犯胃：

治则：泄肝和胃，凉血止血。

处方：内关（－） 太冲（－）或行间（－） 足三里（＋） 公孙（＋）（双）

操作：取仰卧位或仰靠坐位。进针得气后用提插捻转补泻法，留针15～20分钟。

3.气滞血瘀：

治则：理气和胃，活血化瘀。

处方：外关(－) 合谷(－) 血海(－) 足三里（＋） 膈俞（－） 脾俞（－）

操作：先取仰卧位或仰靠坐位，后取俯卧位或俯伏坐位。进针得气后，背俞穴用捻转泻法，四肢用提插泻法，留针15～20分钟。

4.心脾不足：

治则：健脾益气，补心养血。

处方：三阴交（＋） 公孙（＋） 神门（＋） 足三里(＋)（双） 下脘（＋）

操作：取仰卧位。进针得气后用提插捻转补法，留针20～30分钟。

5.脾肾阳虚：

治则：温补脾肾，固阳摄血。

处方：脾俞（△）（＋） 肾俞（△）（＋） 膈俞（△）（＋） 三阴交（＋） 太溪（＋）（双） 命门（△）（＋）

操作：先取俯卧位或俯伏坐位，后取坐位。进针得气后，背俞穴用捻转补法，加用温针法，下肢穴用提插补法，留针20～30分钟。

评述

吐血一症，如为上消化道出血其特征是血色一般为棕褐色，但出血量多，在胃内停留时间短，便可呈鲜红或黯红色，而未经口吐的血液，或病人出血后并无呕吐，血液由肠道排出，由于血红蛋白与肠腔内硫化物化合成为硫化铁，也可出现如柏油状的黑粪，但是回肠与升结肠出血时，由于血液在肠腔内停留时间超过8小时，也能出现黑粪，这在辨证时必须考虑。此外，现代医学对发生吐血的原因，除了上消化道疾病以外，门静脉高压引起的食道与胃底静脉曲张破裂，胆道、胰腺疾病，血管疾病，血液病，急性传染病中的猩红热，败血症，流行性出血热，钩端螺旋体病，暴发性肝炎以及尿毒症、脑溢血、颅内疾病的昏迷病人，因中枢神经系统调节机能障碍而并发急性溃疡，均可发生吐血。在处理吐血时，必须按病情需要随时观察血压、脉搏、呼吸、体温和小便量。为防止脑贫血，应采用平卧位或头低足高位。同时要根据出血量与血源情况及时给予输液和输血。如病人出血原因明确，经大量输血（每半小时400毫升）总量达体重5％，出血仍不止者，应转请外科进行手术。中医对吐血的辨证，十分重视血色与血量，胃热炽盛与肝火犯胃的吐血，血色均为鲜红或紫红，所不同者前者多为突然暴发、病程短，后者病程长、反复发作；心脾不足和肝肾两虚的吐血，前者血色淡而不鲜，后者血色黯淡，临床表现与实热证截然不同，很易鉴别，血瘀者血色紫黑杂有瘀块，不同其他吐血。

十七　呕吐

呕吐是胃气上逆所出现的症状。其原因甚多，本节主要叙述以呕吐为主诉的病证。古代医家将呕吐区分为声物兼出者为呕，物出无声者为吐，今则呕吐并称。呕吐是指胃内容物经食道口腔吐出，在临床上呕吐一般多兼恶心。恶心是呕吐的前驱症状，单纯恶心未必一定出现呕吐。中医辨证本症有寒热虚实之分。

证候鉴别

1.外邪犯胃： 外感风寒的呕吐必兼发热恶寒，头身疼痛，或兼胃痛，苔白、脉浮紧；感受暑湿的呕吐，发热较重，恶风或不恶风，头痛身重，脘闷恶心，苔白腻或黄，脉浮数。

2.饮食停滞： 呕吐伴上腹胀满，嗳腐吞酸，恶心厌食，吐出顿觉松快；或因暴食生冷，胃脘痛甚，每先吐出清水，而后吐出所食食物，苔脉一般正常。

3.脾胃虚寒： 饮食稍多即脘胀不舒，继而恶心呕吐，倦怠乏力，甚则四肢不温，大便溏薄，舌淡、苔白或腻，脉濡弱。

4.肝胃不和： 恶心呕吐时作，吐出物不多，嗳气吞酸，胸脘痞闷，或胸胁胀痛，情绪波动则呕吐每易加重，舌红、苔薄黄，脉弦。

5.胃阴亏耗： 呕吐频频发作，每先吐出食物后吐清水，苦水，似饥而不能饮食，甚至进水即吐，口渴不能饮，舌红、少津，脉细或细数无力。

6.痰饮内阻： 恶心呕吐，吐出食物不多，独多痰涎清水，上腹胀满，伴有头晕心悸，苔白腻，脉滑。

治则与治法

1.外邪犯胃：

治则：温散解表（风寒），疏散表邪（风热），和中化湿。

处方：

①风热型：风门（－）　胃俞（－）　风池（－）　外关（－）

②风寒型：风门（〇）　胃俞（〇）（双）

操作：先取俯伏坐位，后取仰靠坐位。进针得气后，背俞穴用捻转泻法，上肢穴用提插泻法，风寒型留针30分钟，风热型留针15分钟。

2.饮食停滞：

治则：消食化滞，和胃降逆。

处方：天枢（－）　支沟（－）　足三里（－）（双）　中脘（－）

操作：取仰卧位。先刺四肢穴，后刺腹部穴，进针得气后，用提插泻法，留针15～20分钟。

3.脾胃虚寒：

治则：健脾和胃，温中降逆。

处方：

①章门（△）（＋）　足三里（△）（＋）　阴陵泉（＋）（双）　中脘（△）（＋）

②脾俞（△）（＋）　胃俞（△）（＋）

操作：前方取仰卧位，后方取俯伏坐位或伏卧位。进针得气后，背俞穴用捻转补法，余穴用提插补法，留针30分钟。

4.肝胃不和：

治则：疏肝理气，和胃降逆。

处方：内关（－）　太冲（－）　足三里（＋）　阳陵泉（－）（双）　中脘（＋）

操作：取仰卧位。进针得气后用提插补泻法，留针20～30分钟。

5.胃阴亏耗：

治则：补养胃阴，降逆止呕。

处方：下脘（＋）　中脘（＋）　梁门（＋）　足三里（＋）　三阴交（＋）

操作：取仰卧位。进针得气后用提插捻转补法，留针20～30分钟。

6.痰饮内阻：

治则：健脾温中，化饮降逆。

处方：章门（△）　丰隆（－）　公孙（－）（双）　中脘（△）

操作：取仰卧位。进针得气后，用捻转泻法，留针15～20分钟。腹部穴均用隔姜灸3～5壮。

评述

呕吐一症，暴病多实，久病多虚，在临床上寒证多见，热证较少。现代医学对呕吐原因大致分为中枢性、消化系、全身性、妊娠期、中毒性、神经性六类；在诊断时必须从病程长短、呕吐时间，以及呕吐物的量、色、、味和内容等方面进行了解，病期较长的多数为神经性呕吐、癔病、脑肿瘤、幽门梗阻，病期较短的多为传染病、腹内炎症、药物引起的。在晨间呕吐的可能为慢性胃炎、肝硬变及妊娠呕吐。发生在午后或傍晚的应考虑幽门梗阻，一般在餐后6小时以上，呕吐物有食物残渣。吐出物有血液时，应考虑到胃、十二指肠溃疡、食道静脉曲张、胃癌或胃内其他肿瘤；经常杂有胆汁，可能是十二指肠梗阻；带粪臭的多系小肠梗阻。此外还需要注意患者是否有服过刺激性药物史和月经史，如有停经情况应及时作尿妊娠试验。凡呕吐出现于头痛剧烈或神志不清时，应考虑中枢神经系统疾病、尿毒症或糖尿病性昏迷，对此除采用针灸止呕外，应尽快对因治疗。神经性呕吐因频繁发作可以引起失水，如不及时补液，单用针灸不仅难以奏效，并易造成水和电解质失去平衡，在临床中必须加倍注意。

十八　腹痛

腹痛是一种极为常见的症状，不论发生于哪一部位统称为腹痛。中医临诊一般可根据其疼痛部位考虑属于哪一脏腑的病变，痛于脐以上的中央及两旁统称脘腹痛，多数与肝胆脾胃有关；痛于脐以下的中央部位称小腹痛，多数与膀胱及胞宫有关；痛于脐以下两侧的称少腹痛，多数与肾及胞宫有关，痛于脐周围部位称脐腹痛，多数与大小肠有

关。产生腹痛的原因极广，感受外邪、饮食内伤、虫积结石、气滞血瘀均可引起腹痛，因此辨证时必须根据其不同表现，审察原因，先辨虚实，再辨寒热，最后作出正确诊断。根据临床所见，腹痛可分为急性与慢性两种，急性腹痛常见于腹腔内脏器发生急性功能失常或各种器质性病变时，一般多为实证；慢性腹痛可由多种疾病引发，以腹腔内脏的器质性病变与功能性紊乱为多见，亦可由泌尿生殖器官与盆腔脏器病变，神经系统病变与精神影响以及内分泌腺等疾病引起。一般多为虚证或虚实夹杂证。急性和慢性的病因，往往是相互交叉，这点在辨证时应相互参考。

证候鉴别

1.寒邪凝滞：脐腹突然剧痛，无有休止，得温稍减，肠鸣腹冷，便溏或秘结不通，甚则四肢厥冷，舌淡、苔白润，脉沉紧而迟。

2.阳明热结：腹痛绕脐，满硬拒按，日晡潮热，烦躁汗出，便秘尿赤，舌红、苔黄厚而燥，脉沉滑而数。

3.湿热内阻：腹胀痛而拒按，胸闷纳呆，痛则欲泻，里急后重，大便粘稠秽臭，甚至兼夹脓血，口苦而渴不喜饮，或伴有黄疸，舌暗红、苔黄而厚腻，脉滑数。

4.气滞血瘀：偏气滞者腹痛且胀，攻窜不定，嗳气泛恶，胀痛随矢气而稍减，情志不悦则加重，苔薄，脉弦。偏血瘀者，痛热较剧且有定处。有触痛或拒按，舌紫暗，脉带涩。

5.脾胃虚寒：上腹隐痛绵绵，时作时止，喜暖怕冷，痛处喜按，饥饿或劳累则加剧。大便溏薄，舌淡、苔薄白，脉沉细无力。

6.伤食积滞：脘腹疼痛，嗳腐吞酸，恶心呕吐，不思饮食，便秘或腹泻，泻下多为未消化食物，气秽臭，泻后痛减，苔厚腻，脉滑。

7.蛔虫内扰：腹痛绕脐，发则疼痛如绞，或见腹部积块攻起，甚则呕吐蛔虫，痛止则一如常人，面黄形瘦，寐中龂齿，唇内可见粟米状小点，面部或巩膜出现虫斑，苔薄腻，痛时脉弦。

治则与治法

1.寒邪凝滞：

治则：温中散寒，理气止痛。

处方：内关（－）　公孙（－）（双）　神阙（△）

操作：取仰卧位。神阙用隔姜灸3～5壮，四肢穴进针得气后，用提插泻法，留针30分钟。

2.阳明热结：

治则：清热泻下。

处方：内庭（－）　支沟（－）　合谷（－）　天枢（－）（双）

操作：取仰卧位。进针得气后，用提插泻法，留针5～10分钟。

3.湿热内阻：

治则：清热利湿，理气止痛。

处方：支沟（－）　腕骨（－）　阴陵泉（－）　足三里（－）　公孙（－）（双）

操作：取仰卧位。进针得气后，用提插捻转泻法，留针15～20分钟。

4.气滞血瘀：

治则：舒肝理气，活血祛瘀。

处方：太冲（－）　血海（－）　三阴交（－）　阳陵泉（－）（双）　气海（＋）

操作：取仰卧位。先刺气海，后刺四肢穴；进针得气后，用提插捻转补泻法，留针20～30分钟。

5.脾胃虚寒：

治则：补中益气，温阳散寒。

处方：

①中脘（＋）（△）　大横（＋）（△）　三阴交（＋）（△）　足三里（＋）（△）

②脾俞（△）（＋）　胃俞（△）（＋）　肾俞（△）（＋）（双）

操作：前方取仰卧位，后方取俯卧位或俯伏坐位。进针得气后，背俞用捻转补法，余穴均用提插补法，留针20～40分钟，有“△”者均为隔姜炙3～5壮。

6.伤食积滞：

治则：消积导滞，理气止痛。

处方：下脘（－）　天枢（－）　支沟（－）　上巨虚（－）（双）

操作：取仰卧位。进针得气后，用提插泻法，留针20～30分钟。

7.蛔虫内扰：

治则：疏泄气机，安蛔止痛。

处方：

①阳陵泉（－）　胆囊穴（－）　支沟（－）（双）

②日月（－）　公孙（－）（双）　巨阙（－）

操作：取仰卧位。两方交替用，进针得气后，用提插捻转泻法，留针30～40分钟。

评述

腹痛一症，临床常见，现代医学诊断以病为主，一般可从其部位与常见疾病进行鉴别。

上腹中部：腹内病变，为胃、十二指肠溃疡及胃溃疡穿孔，胃炎，胆道蛔虫症，胆石症，急性胰腺炎，急性阑尾炎（早期）；腹外病变，见于心肌梗塞与心绞痛。

上腹右侧：腹内病变，为急性胆囊炎，胆石症，十二指肠溃疡及穿孔，肝脏疾病；腹外病变，应考虑右肺基底部大叶肺炎，右侧胸膈膜炎，右肾结石，肾盂炎。

上腹左侧：腹内病变，为急性胰腺炎，胃溃疡；腹外病变，应考虑左肺基底部大叶肺炎，左肾结石，肾盂炎。

中、下腹部：脐周，腹内病变为肠炎、肠蛔虫症，急性机械性肠梗阻，急性阑尾炎（早期）；腹外病变，为血紫质病，铅中毒。

右下腹：腹内病变，为急性阑尾炎，急性肠系膜淋巴结炎；腹外病变，为右输尿管结石，急性输尿卵管炎，输卵管妊娠破裂。

左下腹：腹内病变，为乙状结肠扭结，结肠过敏；腹外病变，为卵巢囊肿蒂扭结，急性副睾精索炎。

中医辨证以证为主，不论现代医学诊断的何种原因的腹痛，均根据外感、内伤的不同，不同部位和不同性质的疼痛，鉴别其何脏何腑受病，证候的寒热虚实。辨证之法，以疼痛喜按属虚，拒按属实；伴有便秘燥结者为热，兼有便溏肢冷者为寒。伤食者，脘腹痞硬，大便秽臭；虫积者，脐腹攻痛，时发时止，止如常人；腹痛兼胀，痛无定处为气滞；痛如锥刺，固定不移为血瘀；痛而便下脓血为湿热。辨证时区别疼痛的性质，并与舌苔，脉象及兼症互参。一般不难鉴别。特别对急性腹痛，临诊时应格外提高警惕，遇严重休克时应立即进行输血、输液，诊断疑难时应考虑密切观察，并请其他科会诊，积极采取医疗措施（包括手术治疗）。

十九　腹中痞块

腹中痞块即腹部肿块。中医学属征瘕积聚病症范畴，由于腹部器官较多，彼此相毗邻，各脏器疾病又非常复杂，因此，鉴别诊断比较困难。现代医学将腹部肿块的发生原因，大致分为：①实质性器官的肿大和空腔脏器的膨胀；②炎症引起的肿块；③肿瘤及囊肿；④先天性畸形或脏器位置异常；⑤胃肠道内或腹腔内异物等。腹中痞块一症，历代中医籍记载名目繁多，今简分为二类：一类是形迹明显而推之不移的积、征；一类是形迹不甚明显而推之可移的聚、瘕。一般说来，聚、瘕病程短，治之较易；积、征病程长，治之较难。早期多为实证，日久多为虚证或虚实夹杂证，其治不宜专施攻伐，当须兼顾正气，攻与补之比例，应根据虚实程度，权衡轻重。

证候鉴别

1.气滞血瘀：痞块多发生于两胁之下，初起软而不坚，胀痛或压之作痛，痛有定处，病久则块质转硬，疼痛加重，痛如锥刺，形瘦神倦，面色晦暗，食欲减退，舌青紫或有瘀斑，脉弦或弦细。

2.食滞痰阻：痞块多发生在胃脘或脐腹部位，脘腹胀满闷痛，时有条状物攻窜于腹部，重则胀痛拒按，食欲不振，大便秘结，苔薄腻，脉弦滑。

3.中气虚损：痞块出现于脐、少腹或小腹部位，质软而感隐痛，可随体位变化或大或小，卧平则消，站久则显，形瘦肢倦，纳少便溏，面黄无华，舌淡、苔薄，脉细。

治则与治法

1.气滞血瘀：

治则：疏肝理气，活血祛瘀。

处方：章门（－）　期门（－）　内关（－）　大敦（－）　中都（－）　地机（－）　血海（－）

操作：取仰卧位。进针得气后，腹部穴用捻转泻法，四肢穴均用提插泻法，留针20～30分钟。

2.食滞痰阻：

治则：导滞通腑，化痰软坚。

处方：支沟（一）　上巨虚（一）　丰隆（一）　天枢（一）　府舍（一）（双）
操作：取仰卧位。进针得气后，用提插泻法，留针20～30分钟。
3.中气虚损：
治则：补中益气，活血化瘀。
处方：足三里（＋）　三阴交（＋）　中都(－)（双）　中脘（＋）　中极（＋）
操作：取仰卧位。进针得气后，用提插捻转补泻法，留针30～40分钟。

评述

腹中痞块在正常情况下一般可以触及，但切勿与脏器和组织相混淆。其次在检查时必须注意痞块的部位、大小、形状、质地，以及有无压痛、扑动和移动性等情况。确定痞块部位，首先要分清在腹壁、腹腔内或在腹壁后。确定痞块的大小、形状和质地，对诊断有重要意义。其他为扑动、移动性等检查，对诊断痞块与哪些脏器或组织有关，也有重要的参考价值。除此以外，实检室检查与其他特殊检查也不容忽视。针灸治疗痞块的疗效，关键在于正气的盛衰，正气未损，可用攻泻之法，正气已损，当从缓治，一般宜培补脾胃，以固其本。

黄羡明

第五节　二阴症状

二十　腹泻

腹泻，中医称泄泻。是指排便次数增多、粪便稀薄，甚至泻出带有脓血或如水样而言。现代医学，把饮食不当、急性肠道感染、食物中毒、肠变应性病、药物与化学品引起的，称为急性腹泻；把肠道运动机能亢进、肠道消化与吸收功能障碍、肠道慢性炎症、肠道肿瘤引起的，称为慢性腹泻。

病因病机

中医学将本病分外感与内伤两类，凡感染寒湿或湿热外邪的腹泻，其发病急、病程极短，属急性腹泻；因脾胃虚弱、肾阳虚衰、肝气乘脾的腹泻，发病慢、病程较长，属慢性腹泻。辨证有寒热虚实之分。治有温清补泻之别。

临床表现

1.外感寒湿：腹泻肠鸣粪便清稀，米谷不化，不甚秽臭，伴有腹痛喜温喜按，肢体困倦，纳谷不馨，甚或兼有寒热头痛，苔白腻，脉濡或缓。

2.湿热下迫：腹痛即泻，势如水注，粪色黄褐而腥臭，肛门灼热而痛，每伴有寒热、心烦、口渴而不多饮，小溲赤涩，苔黄腻，脉滑数或濡数。

3.伤食积滞：腹痛即泻，粪秽臭如败卵，泻后痛减，脘腹胀满，嗳腐吞酸，不思饮

食，苔垢腻，脉滑数或弦滑。

4.肝气犯脾：腹泻每遇精神刺激或情绪紧张而发，伴有腹痛，泻后痛不减轻或有所加重，且多嗳气、矢气，伴有纳少吞酸，胸闷胁胀，舌淡红、苔薄，脉弦。

5.脾阳虚衰：大便时溏时泻，稍进生冷油腻或较难消化食物，大便次数明显增加，甚则完谷不化，或如鸭粪，腹部隐痛，喜热喜按，食欲不振，体倦神倦，舌淡而胖、苔白，脉缓弱。

6.肾阳虚衰：黎明前腹痛环脐，肠鸣漉漉而泻，泻后痛减，粪便稀薄，甚而完谷不化，腹部畏冷，四肢不温，小溲清长，或夜间多尿，舌淡胖或迹有齿痕，苔薄白，脉沉细无力。

辨证施治

1.外感寒湿：

治则：温中散寒逐湿。

处方：下脘（△）　神阙（△）

操作：得气后施烧山火手法，亦可加灸。

2.湿热下迫：

治则：清热利湿通腑。

处方：天枢（－）　上巨虚（－）　曲池（－）

操作：取仰卧位，进针得气后用提插泻法。留针30分钟，每10分钟运针1次，每日针治2次。

3.伤食积滞：

治则：消食导滞，健脾和胃。

处方：大横（＋）　支沟（－）　足三里（＋）(－)　公孙(＋)(双)　中脘（－）

操作：取仰卧位，先刺四肢穴，后刺腹部穴，进针得气后四肢用提插补泻法，腹部用呼吸捻转补泻法。留针20分钟，每10分钟运针1次。

4.肝气犯脾：

治则：疏肝健脾。

处方：内关（－）　太冲（－）　期门（－）　阴陵泉（＋）　太白（＋）（双）

操作：取仰卧位，进针得气后四肢用提插泻法，腹部用捻转泻法，先泻后补。留针15～20分钟。

5.脾阳虚衰：

治则：温阳健脾利湿。

处方：三阴交（＋）　大横（△）（双）　气海（△）　下脘（△）

操作：取卧位，先刺下肢穴，进针得气后用提插补法。留针30分钟，后灸腹部穴，每穴3壮（其炷如半个枣核大）。

6.肾阳虚衰：

治则：温补肾阳，健脾止泻。

处方：

①肾俞（△）　脾俞（△）　三阴交（＋）　太谿（＋）（双）　命门（△）

②阴陵泉（＋）　太白（＋）（双）　气海（△）　神阙（△）　关元（△）

操作：取俯卧位，先刺下肢穴，进针得气后用捻转补法，留针30分钟。灸背俞穴或腹部穴，每穴3～5壮（艾炷如半个枣核大）。两处方交替使用。

评述

腹泻，特别是慢性腹泻反复发作甚至迁延数月至数年者，临床尤须注意病因。现代医学诊断，分为：炎症性病变（如菌痢、肠结核）、寄生虫病（如寄生于小肠的钩虫、姜片虫、梨形鞭至虫等）、慢性阿米巴病、血吸虫病、肿瘤性（如直肠癌）、吸收不良性疾病（如原发性吸收不良综合征、韦伯氏病、大肠杆菌失调等）、肠道免疫性疾病（如肉芽肿性回肠结肠炎、非特异性溃疡性结肠炎），以及胃肠道以外的原因（如甲亢、糖尿病、肾上腺皮质激素减退、尿毒症等）引起者。近年来，由于免疫学的进展，人们得知胃肠道免疫机能低下以及过敏，均可引起腹泻，临床上有必要作肛门指检、直肠和乙状结肠镜检、纤维胃结肠镜检以及粪便培养等检验，以明确诊断。凡有器质性病变者，应采用病因治疗，属功能性病变的，针灸有一定疗效。

二十一　大便秘结

大便秘结，俗称便秘，是指粪便留滞肠道不能正常排出，一般说来排便后 8 小时内所进食物的残渣在40小时内未能排出甚至在4～7天以上排便一次。在古代文献中有居不利、大便难、闭不通、不更衣等名称。

病因病机

本病有阴结、阳结之分。阴结，多属气血不足，气虚则大肠传导无力，血虚津亏则肠失滋润、津液亏耗；阳结，多属热积肠道，或热毒内盛、耗伤津液所致。现代医学认为，引起便秘的原因很多，主要分结肠便秘与直肠便秘两类。前者是指食物残渣在结肠中运进过于迟缓而引起的，后者是指食物残渣在结肠运进正常，而在直肠滞留过久而引起的。临床辨证时，必须深入了解原因、详细分析病史，首先要辨虚实，再结合寒热、气血、阴阳进行辨证，然后决定治则治法。特别对40岁以上的病人，要警惕结肠癌的可能。直肠便秘一般在左下腹常可触到粪块，排便后应再作检查，以明诊断，必须时应作乙状结肠镜检查及胃肠钡剂X线检查，以排除肠道器质性病变。

临床表现

1.胃肠实热：大便干结，数日不通，腹胀痛拒按，面色赤身热，多汗溲赤，口舌生疮，口臭，苔黄厚腻或焦黄而有芒刺，脉沉实或滑而有力。

2.肝脾气滞：大便多日不通，后重欲解不得，神情抑郁寡欢，胸脘痞闷，嗳气频作，或经期乳胀，苔白腻，脉沉或弦。

3.肺脾气虚：大便数日不通，腹不胀，解则燥结或软，有时即有便意，努责难下，汗出气短甚至喘促，便后疲乏懒言或有脱肛，面色㿠白，唇甲少华，舌嫩淡、苔薄白，脉虚软无力。

4.脾肾阳虚：大便秘结，口中和，小溲清长，尿后余沥，夜间多尿，四肢清冷，喜

热畏寒，舌质淡或有齿痕、苔白润，脉沉迟。

5.血虚阴亏：纳少大便秘结难下，往往数周一次，形瘦不充，咽干少津，时而心慌头晕，面色不泽，唇甲淡白，舌质淡或舌红少津，脉细或细数无力。

辨证施治

1.胃肠实热：

治则：泄热通腑。

处方：天枢（－） 内庭（－） 足三里（－） 曲池（－）（双） 中脘（－）

操作：取仰卧位，先刺四肢穴，后刺腹部穴，进针得气后用提插泻法。留针20～30分钟，隔10分钟运针1次。

2.肝脾气滞：

治则：降气通滞。

处方：列缺（－） 行间（－） 支沟（－） 大肠俞（－） 脾俞（－）

操作：先取俯卧位，后取仰卧位，进针得气后用提插泻法，留针10～20分钟。

3.肺脾气虚：

治则：补中益气。

处方：

①章门（＋） 足三里（＋） 三阴交（＋） 太渊（＋）（双） 中脘（＋）

②脾俞（＋） 肺俞（＋） 气海俞（＋）

操作：两方交替用，一方取仰卧位，二方取俯卧位。进针得气后，腹部穴用捻转补法，余穴均用提插补法。留针均为20～30分钟。

4.脾肾阳虚：

治则：温补脾肾。

处方：

①脾俞（△） 肾俞（△） 命门（△） 复溜（＋）

②大横（△） 三阴交（＋）（双） 气海（△）

操作：两方交替用，间日治疗，一方取俯卧位，二方取仰卧位。进针得气后留针20～30分钟，留针期间用隔姜或隔附子并灸3～5壮，艾炷如半个枣核大。

5.血虚阴亏：

治则：益阴生津，润肠通便。

处方：照海（＋） 支沟（＋） 三阴交（＋） 温溜（＋） 上廉（＋）（双）

操作：取仰卧位，进针得气后，用提插捻转补法。留针20～30分钟，每日1次。

评述

大便秘结，一般属于里症的症状，可兼表证即成表里同病，辨证时须辨外邪之性质，属热还是属寒。表热里实者，当解表清热，兼通里实、表寒里实者，当疏解表寒，兼通里实。现代医学认为，便秘特别是慢性便秘，可由肠道器质性疾病引起，但大多数属单纯性（功能性）便秘，即由于排便反射失常引起所谓直肠便秘或习惯性便秘。器质

性疾病引起的原因很多，其诊断可根据病史、体检与有关的检查。单纯性便秘，针灸对实证有较好疗效，虚证则奏效甚慢。

二十二　小便不通

小便不通，是指排尿困难，严重者小便点滴难出，中医学统称癃闭，即现代医学中各种原因引起尿潴留及无尿的症状。

病因病机

辨证审因，分下焦湿热、肺气壅滞、肝气郁结、尿道瘀阻、肾气不充、中气不足等类型。前四种属实证，后二种类型属虚证。现代医学，概分为阻塞性与功能性两类。前者多为结石、肿瘤、血块狭窄导物尿道憩室等因素引起，后者多为神经官能症、神经损伤、炎症和麻醉后或老年膀胱松弛等因素引起。辨证时，须与小便不利和小便疼痛相区别，前者为尿量少而排出不畅，后者是排尿时尿道疼痛。

临床表现

1.下焦湿热：小便不通，常伴有排尿时尿道灼热疼痛，尿频、尿急，兼见口干且苦、大便不畅等症，舌红、苔黄腻，脉沉细或濡数。

2.肺气壅滞：小便不通或点滴不爽，伴有胸闷气促咳嗽，大便秘结，舌质红或淡红、苔白或薄黄，脉濡数。

3.肺气郁结：小便不通或排尿不畅，精志郁结，烦躁易怒，可伴有胸闷或两胁不舒，夜寐不安，梦扰纷纭，口苦而干，舌红、苔薄黄，脉弦。

4.尿道瘀阻：小便时闭时通或点滴难出尿细如线，尿赤，小腹胀痛，舌质紫暗或见瘀点，苔白或微黄，脉涩。

5.中气不足：排尿困难，伴有身疲气短、纳少脘闷，小腹坠胀，大便稀溏，舌淡、苔薄白，脉沉细弱。

6.肾气不充：小便不通或滴沥不畅，尿意频频排尿无力，伴有腰膝酸软，四肢不温，舌淡或有齿痕、苔薄白，脉沉细两尺甚弱。

辨证施治

1.下焦湿热

治则：清化湿热，通利膀胱。

处方：

①水道（－）　中极（－）　行间（－）（双）

②膀胱俞（－）　会阳（－）　下髎（－）　委阳（－）（双）

操作：两方交替用每日治疗1次，6次为一疗程，方一取仰卧位，方二取俯卧位。进针得气后，用提插捻转泻法。留针10～15分钟。

2.肺气壅滞：

治则：清泄肺热，通利小便用提壶揭盖法。

处方：列缺（－） 中府（－） 膻中（－） 偏历（－）（双）

操作：取仰卧位，先刺胸部穴后刺上肢穴，此下病上取之法。进针得气后，用捻转结合呼吸泻法，留针10～15分钟。

3.肝气郁结：

治则：疏肝理气。

处方：太冲（－） 蠡沟（－） 大陵（－）（双） 曲骨（－）

操作：取仰卧位，先刺四肢穴，后刺腹部穴。进针得气后，用提插泻法留针20～30分钟。

4.尿道瘀阻：

治则：祛瘀散结，清利水道。

处方：中极（－） 水道（－） 阴陵泉（－） 至阴（－） 水泉（－）（双）

操作：取仰卧位，先刺腹部穴，针感向前阴放射；后刺四肢穴。进针得气后，用提插捻转泻法。留针15～30分钟，5～10分钟运针一次，至阴用点刺放血法。

5.中气不足：

治则：补中益气。

处方：足三里（＋） 阴陵泉（＋） 外关（＋）（双） 气海（＋）

操作：取仰卧位，先刺四肢穴，进针得气后用提插补法；后刺腹部穴，进针结合呼吸补法，得气后再用捻转法。留针20～30分钟。

6.肾气不充：

治则：温阳益气，补肾利尿。

处方：

①复溜（＋）（双） 气海（△）或关元（△）

②肾俞（△） 白环俞（△） 胞肓（＋） 太谿（＋）（双）

评述

小便不通，实证易治虚证效差，临证须与尿量少而排尿不畅的小便不利和排尿时的疼痛相区别。因肺气壅滞而小便不通，可在针刺后试用消毒药棉签向鼻中取嚏，以开上窍而通下窍之法。真性无尿，要结合其他症状考虑有尿毒症的可能，应同时采用综合治疗措施，对排尿时尿道疼痛的患者，应考虑到尿路结石，可作X线摄片或膀胱镜检查。

二十三 尿血

尿血，是指小便颜色淡红、鲜红、红赤，沉淀物中出现红细胞甚或夹杂肉眼可见的血块。

病因病机

现代医学，分无痛性尿血和痛性尿血，前者常见于肿瘤、结核等病，后者多见于尿道感染或结石。中医辨证，有虚实之分。实者，多属暴起，尿血鲜红，一般尿道感觉灼热甚至灼痛；虚者，尿血淡红，尿道无灼热疼痛，多属久病不愈。

临床表现

1.膀胱湿热：小便短涩发红色（鲜红或深红），甚或夹杂血块，伴尿道刺痛或灼热，小腹作胀，间有发热、口苦、咽干等症，舌红、苔薄黄或薄腻，脉数。

2.心火亢盛：小便短赤带血，色深红伴有尿道灼热，面赤咽干，口舌生疮，渴喜冷饮，心烦寐艰，舌质红降、苔黄，脉洪数。

3.脾肾两亏：小便频多，尿血淡红，面色萎黄，神疲乏力，头晕耳鸣，纳少便溏，腰腿酸软，舌质淡、苔薄白，脉濡缓无力。

辨证施治

1.膀胱湿热：

治则：清化湿热，通利水道。

处方：

①水道（－） 阴陵泉（－）（双） 中极（－）

②膀胱俞（－） 会阳（－） 委阳（－） 下髎（－）（双）

操作：两方交替用，每日治疗1次。一方取仰卧位，二方取俯卧位。进针得气后，用提插捻转泻法，留针10～15分钟。

2.心火亢盛：

治则：清心泻火。

处方：神门或通里（－） 太谿（＋）（双） 关元（－）

操作：取仰卧位，先刺四肢穴，后刺腹部穴。进针得气后，四肢用提插捻转补泻法，腹部穴用捻转结合呼吸泻法。留针20～30分钟。

3.脾肾两亏：

治则：健脾补肾，益气止血。

处方：气穴（＋） 血海（＋） 三阴交（＋）（双） 气海（＋） 中极（＋）

操作：取仰卧位，先刺腹部穴，后刺下肢穴。进针得气后，用提插捻转补法。留针30～40分钟。

评述

尿血辨证，应鉴别尿液颜色。凡尿色紫红或鲜红者，多为实热；淡红者，多为气虚。鲜红而伴有骨蒸劳累者，多为虚热，不宜用泻法；尿色紫黯者，则为血瘀。为了明确诊断，必要时可辅以膀胱镜、X线摄片等检查。临床上诊断引起出血的原因并确定其病变部位，可采用三杯试验法进行分段观察，即病员第1次排尿时，将尿液分装于编号的3

个玻璃容器，第1和第2个容器尿液约20毫升左右，然后分别作常规检查，一般分为：①首段血尿（第1个容器内呈血色以后两个澄清），其病变部位在膀胱以下尿路；②终末血尿（第1～2个澄清，第3容器内呈血色），其病变部位在膀胱颈部，后尿道或前列腺；③全程血尿（3个容器均呈血尿）其病变部位在肾脏或在膀胱颈以上。遇大量出血或反复出血，应及时采用其他方法处理，如输血补液、抗休克治疗和口服中药止血或注射止血剂等。中医辨证，血尿还须与血淋相鉴别。血尿，多数疼痛或伴有轻微灼热感或胀痛；血淋，则小溲难以排出，尿道涩痛难忍。

黄羡明

下

第六章　常见急症

一　中暑

中暑是在烈日曝晒或在高温环境中停留工作造成的体温调节功能紊乱，甚至周围循环衰竭的内科急症。常发生于夏季。若在同样气温条件下，而相对湿度增高则更易引起中暑。本病属祖国医学“暑湿”中暍“痧症”等范畴。

病因病机

中医学认为，中暑是盛夏暴发的病证之一，多由暑邪袭人，猝然发病；或因体质虚弱，暑热或暑湿秽浊之气乘虚侵袭人体而发病。暑热郁于肌表，以致汗出不畅，邪热不得外泄，阴阳之气逆乱，清窍闭塞，经络之气厥逆不通，而成暑厥，可见壮热神昏，若热极生风，每致转筋、抽搐。若热盛而气阴耗散者，则见汗出肢冷、喘促、脉微等虚脱危象。根据病情轻重程度的不同和证候表现各异，有伤暑、暑厥、暑风等名称，其中伤暑为轻证，暑厥、暑风为重证。

临床表现

中暑按病情轻重可分为：

1.先兆中暑：在高温环境下一定时间后，患者感全身疲乏、四肢无力、头昏、胸闷、心悸、注意力不集中、口渴、大汗，体温正常或略有升高（37.5℃）。在离开高温环境，略事休息，短时间内可恢复正常。

2.轻症中暑：凡有先兆中暑的各项症状，同时体温升高。伴有面色潮红、胸闷、皮肤灼热等现象，或有呼吸及循环衰竭的早期症状，如大量出汗、恶心、呕吐、血压下降及脉搏增快者。休息3～4小时后往往可以恢复正常。

3.重症中暑：除上述表现外，伴有昏厥、昏迷、痉挛或高热，可出现中暑衰竭、中暑痉挛、日射病及中暑高热。

辨证施治

1.轻证：

主证：身热少汗，头晕头痛，胸闷，恶心，烦渴，倦怠思睡，舌苔白腻，脉濡数。

治则：解表清暑，和中化湿。

处方：大椎（－） 曲池（－） 合谷（－） 内关（－）（双）

操作方法：取正坐位，先刺大椎穴，后刺上肢穴，进针得气后用提插捻转泻法。

头痛，加头维；呕吐，加中脘。

穴方简释：大椎是督脉经穴，督脉为诸阳之会，大椎配手阳明经穴曲池、合谷，可疏通阳明，清泄暑热；内关是心包经之络穴，它通于阴维，阴维行于腹里，分布于胃、心、胸之间，有和胃降逆之功，可治胸闷恶心。

2.重证：

主证：壮热、口渴引饮，口唇干燥，肌肤灼热，烦躁神昏，甚至转筋，抽搐，苔黄，脉洪数；若见面色苍白，汗出气短，血压下降，四肢厥冷，神志不清，舌质淡，脉细数，属气阴两脱。

治则：清泄暑热，宁心开窍；是虚脱者，治以回阳救逆。

处方：十宣（－） 曲泽（－） 委中（－） 阳陵泉（－） 承山（－）（双） 神阙（△） 关元（△） 百会（－） 人中（－）

操作方法：暑热蒙心，均针刺用泻法；气阴两脱，可用灸治。

大渴引饮，加金津、玉液；气阴两脱加气海、三阴交。

穴方简释：暑为阳邪，易犯心包，以致清窍闭塞，神志昏迷，取督脉之百会、人中可清热开窍醒脑。十具有调节阴阳、开窍苏厥之作用，曲泽为手厥阴的合穴，委中为足太阳经合穴，用三棱针点刺其浮络出血，泻营血以清暑热。抽搐瘈疭可取筋会阳陵泉和承山，二穴可舒筋解痉。神阙、关元是任脉经穴，对于热盛气阴耗散，导致虚脱，证见汗出肢冷，脉微欲绝等危候者，急取神阙、关元用艾灸之以扶阳益气，回阳固脱，此乃"从阴救阳"之法。口渴引饮加金津、玉液，以清热生津。

其他疗法

1.耳针：取皮质下、心、肾上腺、枕，强刺激，捻转5分钟，留针30分钟；并可根据症状酌加对症穴位，也可采取耳尖放血法。

2.刮痧：适用于中暑轻证。用光滑平整的陶瓷汤匙，蘸食油或清水，刮脊背两侧、颈部、胸胁间隙、肩、臂。

3.推拿：掐人中，重拿合谷、内关、肩井。

文献选录

"腿弯上下有细筋，深青色，或紫色，或深红色，即是痧筋，刺之方有紫黑毒血。其腿上大筋不可刺，刺亦毒血，反令人心烦。两边硬筋上不可刺，刺之令筋泄。若臂弯筋色，如此辨之。……唯取挑破，略见微血，以泄痧毒之气而已，不可直刺。若一应针法，不过针锋微微入肉，不必深刺。"（《痧胀玉衡，刺腿弯痧筋法》）

"中暑不省人事，取百会，人中，承浆、气海、中脘、风门、脾俞、合谷、中冲、少冲、足三里、内庭、阴交、阴谷、三阴交。"（《针灸全书》）

"中暑：人中、中脘、气海、曲池、合谷、中冲、足三里、内庭。"（《针灸逢源》）

经验选要

郑怀岳，针灸治疗暑热证12例（《中医杂志》25（5）：61，1984年）调补脾肾、清暑泄热、益气生津为取穴原则，主穴有足三里、中脘、肺俞、肾俞、大椎、风池、合谷等。并配以西瓜汁代茶饮。视病情行补泻手法，不留针。每日1次，7次为一疗程。结果：全部痊愈。治疗7～15次，平均10次左右。

魏××，女，32岁，农民。夏秋之交，天阴闷热，在田野收割，劳累不休。先觉头眩心悸，冷汗浑身，继则昏倒于地，家属惶恐不已。患者寒战鼓颔，口唇指甲青紫，手足冰冷，腹胸灼热无汗，脉象沉细而数。证属暑热湿浊壅遏经络，营卫阻滞。急针百会、人中、合谷，神志略省，紫绀、寒战依然不解，遂用三棱针于十宣放血，诸证悉平。嘱用温盐水频频饮之，休息半日而愈。　　　　（江苏省中医院巡回医疗病历）

评述

中暑是夏季炎热，感受暑邪而发生的一种急性病症。其特点是，发病急，转变快，所以必须给以及时处理。

中暑不论重证还是轻证，应将患者迅速移到通风阴凉处，施以针刺或刮痧治疗。如重证出现周围循环衰竭、脱水、昏迷等危重证候，应中西医结合争取时间进行抢救。

对于中暑高热、昏迷、抽搐者，要与流行性乙型脑炎相鉴别。不论病情轻重，都必须严密观察病情变化，便于采取综合治疗措施。

中暑病人烦热口渴多饮，并出现四肢厥逆，冷汗淋漓，不要轻易认为是阳虚脱证。要注意鉴别是否是“热深厥深”、暑热内迫。这是急救中暑病人的重要问题，应加以注意，不可忽视。

邵经明　邵素菊

二　细菌性食物中毒

细菌性食物中毒，是由于食入物被细菌及其毒素污染的食物所产生的胃肠道急性中毒疾病。包括细菌性感染及其毒素中毒，又称“食物中毒感染”。在食物中毒分类上分为“传染性食物中毒”与“细菌毒素性食物中毒。”二者发病的共同特点是：有共同的传染源。患者常为一个伙食单位或同一家庭的成员。在相近的时间内吃过同一种被细菌及其毒素污染的食物。人及动物肠道的带菌率及食品的染菌率一般以夏、秋季发病较高，潜伏期短，多在半小时至一天内同时或相继发病，而且病情急骤。患者临床表现出急性胃肠炎症状，出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻，病情轻重与食入污染食物的量及人体抵抗力强弱成正比，但肉毒中毒则以肌肉麻痹为特征。

祖国医学将本病多称为“霍乱”。早在《灵枢·五乱》篇中已有本病的最早描述。霍乱者，挥霍撩乱的意思。就是在顷刻之间卒然发作了胃肠失和，升降失司，症见上吐下泻，腹痛为特征的疾病。今日的细菌性食物中毒病，可参考中医霍乱证，进行辨证施

治。

病因病机

中医认为本病是在顷刻之间肠胃机能发生的撩乱现象。故《内经》有"土郁之发，民病呕吐霍乱"的记载。致病因素多由内伤饮食，或外触时邪。因个体差异，常有寒霍乱、热霍乱、干霍乱之分。寒霍乱，多因夏秋之行，饮食过度，或食腥膻不洁之物，或因贪凉露宿，寒湿入侵，客邪秽气，郁遏中焦，脾胃受伤，运化失常，气机不利，升降失司，清浊二气相干，乱于肠胃；热霍乱，多因饮食膏粱厚味酒热辛辣之物，积滞于中，而又外触暑热，热蕴于胃，下传大肠，肠胃之气撩乱；干霍乱，多因体力衰弱中气内虚，暑令秽浊之邪搏与肠胃，气机阻逆，升降格拒，上下不通。

现代医学认为，本病是由于进食被细菌和毒素污染的食物所引起。常见的病原菌：变形杆菌存在于人类、动物的粪便中；嗜盐菌属存在于海产品中；金葡萄球菌主要存在于淀粉、乳、蛋、肉类中，并能产生耐热的外毒素。这些细菌和毒素进入人体后，引起胃肠道不同程度的炎症，胃肠粘膜充血、水肿、分泌增多等急性炎症的表现。严重的病例，可出现胃肠糜烂、出血及溃疡，甚至肝、肾、肺等内脏出现瘀血。

另有一种病原菌为肉毒杆菌，其主要存在于土壤、动物粪便、火腿、腊肠及罐头食品中，在缺氧条件下大量繁殖，并产生外毒素，该毒素经消化道进入人体后，经肠道吸收入血流，主要损害中枢神经系统，以脑干神经核较为明显，运动和植物神经末梢亦有损害，脑及脑膜有充血和水肿，故称之为神经型食物中毒。若不及时抢救，可导致死亡。

临床表现

1.变形杆菌食物中毒：中毒表现分为过敏型、胃肠型和混合型三类症状。潜伏期，前者为30～120分钟，后者为3～20小时。

过敏型：主要表现为皮肤潮红，时有上身潮红者，头痛，醉酒样，荨麻疹等。

肠胃型：主要表现在恶心、呕吐，腹痛、腹泻，头晕、头痛，大便恶臭，腹泻如水样、少数带粘液而无脓血、一日数次或十余次。部分病例有低热；小儿及重症患者，可呈昏睡及脱水现象。

混合型：病人可兼有上述二型的症状。

以上各型，起病急骤，多于1～2日内迅速恢复，短者仅数小时，长者可达数日。

2.嗜盐菌性食物中毒：潜伏期自2～26小时不等，最短者仅1小时，多数在10小时左右。起病急，疗程2～4天，少数长达7天。起病急骤，腹痛为最先出现症状，常在上腹部、脐部或回盲部，腹痛多较严重，有些患者可出现阵发性绞痛，随之发生恶心、呕吐、腹胀，腹泻次数在3～20次不等，多为黄水样或黄糊便，其次为脓血粘液便，但无里急后重症状，由于腹泻及呕吐，患者常有失水现象，个别病人在剧泻，失水及严重腹痛后常继以血压下降，面色苍白或发绀；少数病人可发生意识模糊，以至神志不清或休克。发热一般较菌痢轻，失水则轻菌痢重。

3.葡萄球菌食物中毒：潜伏期为1～6小时，起病急骤，先有流涎、恶心、呕吐严

重，呕吐物呈胆汁性，痉挛性中上腹部痛，腹泻较轻、呈水样便稀便，体温大多正常或轻度升高；一般在数小时或1～2日内症状消失而康复。

4.肉毒杆菌食物中毒：潜伏期一般为6～36小时，长者可达8～10天。潜伏期愈短，病情愈重。起病突然，以中枢神经系统症状为主。疾病开始表现为全身软弱、疲乏、头痛、眩晕，病初第二天出现眼睑下垂，瞳孔散大或两侧大小不等，视力模糊、复视、斜视及眼内外肌瘫痪；严重者，吞咽、咀嚼、言语、呼吸等困难，声音嘶哑或无音，由于颈肌无力，患者抬头困难，共济失调，并出现心力衰竭。胃肠道症状，有恶心、呕吐、便秘、胀气。体温正常或微热。病程可在4～10日后逐渐恢复，肌肉无力、眼肌瘫痪可保持数月；严重者，可于发病3～10日内，因呼吸中枢麻痹，心力衰竭或因咽肌瘫痪，继发肺炎而死亡。

辨证施治

细菌性食物中毒，起病急骤，病势凶险，吐泻交作，腹病疼痛或不痛，甚则皮肤弛皱，目眶凹陷，手指螺纹干瘪，俗称“瘪螺痧”。腹中绞痛，脘闷难受,俗称“绞肠痧”。本病一般可分为寒霍乱、热霍乱、干霍乱三类证候。

寒霍乱证：上吐下泻，下利清稀，状如米泔而不甚臭秽。腹痛，四肢清冷，胸膈痞闷，舌苔白腻，脉象濡弱。严重者，因中阳不运,清浊混淆,以致吐泻不止。吐泻物如米泔汁。吐泻之后，津液大伤，无以濡润充盈肢体，眼眶凹陷，指螺皱瘪。若肾阳虚，阴寒所胜，则手足厥冷。阴盛格阳，则头面出汗。若寒气凝滞，气血不能贯注经脉，筋失所养，出现筋脉挛急。若阳虚寒盛，表现舌淡、苔白，脉沉细微。

热霍乱证：吐泻骤作，呕吐如喷，泻下米泔汁，臭秽难闻,腹中绞痛。头痛、发热、吐泻无度、口渴心烦、转筋拘挛，舌苔黄腻，脉象细数。

干霍乱证：又称“痧胀”。腹中绞痛，欲吐不得吐，欲泻不得泻，烦躁闷乱，腹部剧痛，面色青惨而头出汗，四肢厥冷，脉象沉状，病势最为危险。

治则：利气宣壅，调和阴阳。若见热证，宜清热化湿而兼和表；寒证，宜温中补虚而止吐利；干霍乱，宜利气宣壅，舒筋活络。

处方：

①霍乱热症：十宣（－）（双）　委中（－）（双）　曲泽（－）（双）　足三里（－）（双）　中脘（－）

②霍乱寒证：足三里（＋）双　中脘（＋）　神阙（△）

③干霍乱证：十宣（－）（双）　委中（－）（双）　曲泽（－）（双）　足三里（＋）（双）　公孙（－）（双）

头痛，配太阳、神庭；高热，配大椎、曲池；神志不清，配人中、百会；胸闷烦乱，配合谷、太冲；转筋拘挛，配承山。

方义简释：针刺十宣出血，能泄诸经之邪热，疏通气血的撩乱乖逆，平复阴阳；委中，为血分郄穴，针刺出血能清泄血中蕴热；曲泽，为手厥阴脉气所入之合穴，点刺出血，泄邪热，镇痉挛，清神志；足三里、中脘，清和肠胃，调理中气，止呕治泄；灸神阙，可温阳益火，散寒固元；公孙，扶养脾胃、疏调中土。头痛，配太阳、神庭以疏通

督脉及头额部经气阻遏，开窍醒脑；大椎、曲池，用于清热解毒；人中、百会，疏泄邪热而清心火，宁神志；合谷，为大肠经原穴，与肺为表里，清泄肺气，可清宣肺气而退身热；太冲，疏泄肝气上冲，舒畅气机。二穴同用，祛心胸脘腹的邪逆，平胸闷烦乱。霍乱吐泻转筋，乃经脉失去滋养而挛急，取承山以舒筋。

操作方法：十宣、委中、曲泽，均针刺出血；神阙，隔盐灸；足三里，直刺2～2.5寸；中脘，直刺1～2寸；公孙，从足内侧向外侧斜刺5分，针刺得气后，施以提插捻转补泻法。留针20分钟，每5～10分钟行针1次。疗程，发病当日针刺2次，次日针刺1次，一般针刺3天可获病愈。

文献选录

1.“霍乱：刺俞傍五（志室穴），足阳明（胃俞穴）及上傍三（胃仓穴）。呕吐烦满，魄户主之。阳逆霍乱，刺人迎，刺入4分，不幸杀人（针刺时要避开动脉，若误刺伤动脉，就会造成死亡）。霍乱，泄出不自知，先取太溪，后取太仓之原（胃之原穴冲阳）。霍乱、巨阙、关冲、支沟、公孙、解溪主之。霍乱泄注，期门主之。厥逆霍乱，府舍主之。胃逆霍乱，鱼际主之。霍乱逆气，鱼际及太白主之。霍乱、遗矢失气（大便失禁和放屁），三里主之。暴霍乱，仆参主之。霍乱转筋，金门、仆参、承山、承筋主之。霍乱、胫痹不仁（小腿麻痹不仁），承筋主之。转筋于阳，理其阳（调理三阳的经脉），转筋于阴，理其阴，皆卒刺之，随病随刺。”（《甲乙经·气乱于肠胃发霍乱吐下第四》）

2.“霍乱：阴陵、承山、解溪、太白。霍乱吐泻：关冲、支沟、尺泽、足三里、太白，先取太溪，后取太仓。霍乱呕吐转筋：支沟。逆数：关冲、阴陵、承山、阳辅、太白、大都、中封、解溪、丘墟、公孙。”（《针灸大成·霍乱门》）

3.“寒霍乱：神阙（灸），中脘、合谷、太冲、委中。吐者加针内关、内庭、足三里。泻者加灸天枢，章门、阴陵、昆仑。转筋加针承山、绝骨、太冲。热霍乱：少商关冲、委中（皆刺出血），合谷、大都、曲池、阴陵、中脘、绝骨、素髎、承山。干霍乱：人中、少商、十宣穴、委中（皆刺出血），合谷、曲池、素髎、太冲、内庭、中脘、间使。”（《中国针灸学·霍乱门》）

经验选要

1.《针灸医学验集》载：“针灸治疗食物中毒300余例，皆获得较好的疗效。主穴取足三里、中脘、天柱。配穴取神阙、关元、内关、委中、承山。辨证取穴：腹痛者刺中脘、足三里；呕吐者刺内关；腹泻者刺天枢、关元；四肢厥逆、血压降低者灸神阙；转筋者刺委中、承山。

操作及留针时间：进针找到酸、麻、胀感觉后，则用提插法，加重刺激，约1分钟左右，留针20～30分钟，在留针过程中，每隔10分钟，则施以一次手法，待病情减轻则出针。灸神阙，最好用艾炷隔盐灸，如来不及准备，用艾条灸也可，效果亦佳，灸15分钟至1小时，待四肢复温、血压上升为止。”（1985年）

2.臧郁文用针灸治疗食物中毒2例，穴取中脘、内关、天枢、关元、足三里。针刺入后，有酸、麻、胀感觉，则用提插补泻的泻法，加重刺激，约1分钟左左后，留针

20～30分钟，在留针过程中，每隔10分钟，则施以1次手法。隔盐灸神阙3壮，治疗1～2次病愈。（1982年）

3.张涛清治疗食物中毒取华佗夹脊肝、脾、胃（胸9、11、12），进针得气后，用平补平泻手法，留针20分钟，留针过程中运针2次，患者腹痛即减，恶心呕吐明显减轻，血压回升，经2次针治，诸症尽除。（1977年）

评述

针灸治疗细菌性食物中毒，疗效显著且见效快，是比较理想的疗法之一。临床上适量输液，以纠正失水。遇血压下降时，隔盐艾灸神阙多壮，或用青盐50克，炒热，用布裹之，熨脐下以温阳气。若遇腹中绞痛，针刺十宣、委中出血配合背部刮痧。本病一般恢复很快。近些年来，由于人民生活水平的提高，饮食卫生的改善。因此，细菌性食物中毒的病例也相应减少。为了预防本病的发生，加强食品卫生管理，搞好食堂卫生，防止生熟食物操作时交叉污染，是十分重要的环节。

张涛清　刘福

三　阑尾炎

阑尾炎是外科最常见的疾病之一，急性阑尾炎居外科急腹症的首位。患者可发生于任何年龄，但以青壮年为多，约有85%的病人年龄在10～40岁之间。男性与女性患者的比例为2～3：1。

本病临床上有急性和慢性两种，急性阑尾炎可分为急性单纯性阑尾炎、急性化脓性阑尾炎、坏疽或穿孔性阑尾炎及阑尾周围脓肿四个类型。急性单纯性阑尾炎是阑尾炎的初期阶段，此期炎症局限于阑尾本身。进一步发展则为急性化脓性阑尾炎，亦称为蜂窝织炎性阑尾炎，其炎症超出阑尾浆膜层，形成局限性腹膜炎。病变进一步恶化，则形成阑尾坏死、穿孔而形成弥漫性腹膜炎。当阑尾或穿孔形成的腹膜及周围组织粘连包裹时，则形成炎性包块，阑尾周围脓肿。

慢性阑尾炎，主要是在急性炎症后，阑尾壁纤维组织增生，管腔狭窄，阑尾周围粘连等，使阑尾运动功能紊乱，或压迫阑尾神经末梢而引起胀痛。

据症状，急性阑尾炎应属于中医的“肠痈”范畴，慢性阑尾炎则应属于“腹痛”范畴。

病因病机

本病发病原因，多由于饮食不节或恣食生冷，以致食滞中阻，肠胃传导不利，气机壅塞；或因用力过度，跌仆损伤，食后暴急奔跃，导致肠络受伤，瘀血凝滞于肠中而病发“肠痈”。

当湿热壅结于小肠，病久不散，损伤肠络，气血郁结，或素体阳气不足，或病久损伤脾阳，寒湿停滞肠道，以致肠系紊乱而腹痛。

西医认为本病由于阑尾受肠寄生虫、粪石梗阻、管腔内细菌乘机繁殖，侵入管壁而发炎。

临床表现

急性阑尾炎的主要症状为转移性右下腹部疼痛。发病初起，在脐周或上腹部正中突发持续性疼痛，阵发性加剧，数小时至十几小时后转移至右下腹部，或伴有恶心、呕吐、腹泻或便秘（小儿患者常由腹泻开始）。体温一般不高，但当炎症发展扩散时亦可升高，脉象随炎症发展可见弦滑脉，化脓穿孔时则往往出现数脉，舌质红绛、苔白腻或黄腻。

右下腹阑尾点有固定而明显的压痛。在有局限性腹膜炎时，可出现腹壁肌紧张，反跳痛等腹膜刺激征。当阑尾炎症波及腰大肌时，腰大肌试验阳性，闭孔肌试验阳性及直肠指诊在直肠前壁右上方有触痛者，提示为盆腔位阑尾炎或有脓肿形成。下肢阑尾穴或上巨虚穴处可出现压痛点。

血液中白细胞计数可升高，多数在1～1.5万之间，在化脓性、坏死性阑尾炎，白细胞总数及中性多形核白细胞百分比均显著增高（中性达85％以上）。阑尾穿孔后引起局限性腹膜炎，甚至发成为弥漫性腹膜炎时，白细胞总数可高达20000以上。

慢性阑尾炎的主要症状为右下腹间歇性轻度疼痛，或为持续性隐痛、不适。常伴有反酸，腹胀，便秘或排便次数增多症状。其重要体征为右下腹局限性压痛。

辨证施治

1.急性阑尾炎：

（1）气血瘀滞（急性单纯性阑尾炎）：

主证：腹痛阵作，初为绕脐痛，随即转移至右下腹，按之加剧，腹皮微急，不寒不热，或有微热，脘腹胀闷，嗳气纳呆，恶心反胃，大便正常或秘结，尿清或黄，脉弦紧或细涩，舌质淡红或有紫斑、苔薄白。

治则：行气活血，清热导滞。

处方：阑尾穴（－）　天枢（－）　上巨虚（－）　足三里（－）（双）

酌情配以气海（＋）、合谷（＋）（双）、内关（＋）（双）。

穴方简释：取胃之合穴足三里，以疏导足阳明经腑之气。再取大肠之下合穴上巨虚，以通调大肠腑气，此乃符合《内经》中的“合治内腑”的原则。阑尾穴是治阑尾炎经验效穴，可以调整阳明腑气。天枢是大肠募穴，可以增强疏通肠腑之气机。总之本方主穴主要作用是通调手足阳明的经气，使经脉气血通畅，胃肠机能恢复正常，达到散瘀消肿、清热止痛之效。配穴合谷，是手阳明大肠经之原，有增强通调阳明腑气的作用，配合内关以理气和胃，气海以升阳补气，以达扶正驱邪的功效。

操作方法：毫针刺，在得气后用提插捻转泻法。12小时内针刺1～2次，每次留针30分钟，并间歇运针。

疗程：3～4次为一疗程，在接受针刺治疗时，应密切观察病情的发展，如在24小时内，病情稳定，则可行第2疗程的治疗，如在48小时内病情无改善，甚至有进一步发展者，则应立即改变或配合其它方法治疗。

（2）湿热蕴结（急性化脓性阑尾炎）：

主证：腹痛及右下腹压痛加剧，腹皮拘急，拒按，右下腹有肿块，壮热自汗，大便

秘结或溏稀不爽，小便短赤，脉洪数、弦滑，舌质红、苔黄腻。

治则：清热解毒，行气活血，辅以通便利湿。

处方：主穴同上

酌情配以曲池（－）、内庭（－）、内关（－）、地机（+）（双）、上脘（＋）。

穴方简释：曲池为大肠之合穴，以疏泄热邪而存津液；内庭清胃肠湿热以通腑气；内关理气和胃；地机运脾利湿；上脘健胃降逆，和中止呕。在主方诸穴泻邪热以通调腑气之同时，配以理气运脾诸穴，以达扶正以驱邪，驱邪而不伤正的功效。

操作方法：针刺手法在得气后，可用提插捻转补泻手法，主穴用泻法，可采用小幅度的捣针法。留针30～60分钟，并间歇性运针。

疗程：每4～6小时针治一次。24小时内观察病情变化。如针后24小时后其病情有发展趋势，中毒症状加重，并出现肠麻痹症象者，应考虑改变与治疗。

（3）热毒炽盛（坏疽或穿孔性阑尾炎）：

主证：全腹剧痛，拒按，甚至腹硬如板，并有恶寒高热烧(在39℃以上)，口干渴饮，面红目赤，唇干舌燥，大便秘结，小便赤涩或尿痛，舌质红绛、苔黄燥或黄腻，脉洪滑数大，或弦数有力。严重出现热毒伤阴损阳者，则精神萎靡，四肢厥冷，自汗腹胀，呼吸浅促，呕恶频作，脉微欲绝，舌质淡干、苔多薄白，此为感染性休克症状。如出现肠腑实者，则有全腹膨胀，频频呕吐，排便排气不能等症状，此为肠麻痹症状。

治则：清热解毒，通里攻下，辅以行气活血。此型应以手术、抗菌、中药疗法为主，以针灸疗法为辅助。

处方：主穴同上

酌情配以内庭（－）、腹结（＋）（双）、中脘（＋）。

穴方简释：内庭为足阳明胃经之荥穴，能荡涤胃肠之湿热以通腑气；腹结理气血，调肠胃；中脘健脾化湿，调理中焦，以此扶正以达邪。

操作方法：进针得气后用捻转补泻手法，主穴用泻法，辅穴用补法。留针30～60分钟，并间歇运针。

疗程：每4小时针治一次。在行针刺治疗时，应积极作手术治疗，同时应用大量抗生素、中药、抗休克以争取时间。

（4）痈毒成脓（阑尾周围脓肿）：

主证：右下腹痛，痛处固定不移，腹皮拘急，右腿屈而难伸，发热恶寒，腹胀便秘，痛处可触及肿块，拒按，脉洪数，苔黄。

治则：清热解毒，扶正排脓。

处方：足三里（＋）　曲池（－）　天枢（－）　上巨虚（＋）

酌情配以气海（＋）、中脘（＋）、内庭（＋）（双）。

穴方简释：足三里为胃经的合穴，上巨虚为大肠经之下合穴，据《内经》"合治内腑"的原则，以疏导手足阳明经腑之气。曲池疏泄阳明郁热，天枢通涤肠腑之气机。气海、中脘、内庭，均有健脾补气、和胃调中，以达扶正排脓之功效。

操作方法：针刺得气后，以捻转补泻手法，此期补泻手法不宜过重。每日针治1～3次，每次留针30分钟。

疗程：2～3次为一疗程。在针刺治疗时，应严密观察，如病情进一步发展，有脓毒血症征象者，应立即切开引流。如治疗病情好转者，连续针刺治疗，但此时应积极应用大量抗生素及中药，针刺治疗应为辅助治疗。

2.慢性阑尾炎：

（1）虚寒腹痛：

主证：腹痛绵绵，时作时止，喜热恶冷，痛时拒按，大便或溏，兼有神疲、气短、怯寒、冷酸诸症。舌苔淡白，脉沉细。

治则：益气散寒，理气和中。

处方：足三里（＋）　地机（＋）（双）　气海（＋）

酌情配以公孙（＋）、中脘（＋）、关元（＋）。

穴方简释：足三里、地机，健运脾胃；气海，升阳补气；公孙，中脘，健脾和中；关元，补中益气，以消寒散积。

操作方法：针刺得气后，用捻转补泻手法，留针30分钟。

疗程：7次为一疗程，每日1次。一疗程后，可休息5天后再继续第二疗程。

（2）气滞血瘀：

主证：脘腹胀闷，痛而拒按，忧虑恼怒，则痛易发或加剧，痛处不移，舌质紫暗、苔薄，脉弦细带涩。

治则：舒肝行气化瘀。

处方：上巨虚（－）　天枢（－）　行间（－）（双）

酌情配以阳陵泉（－）、内关（＋）（双）、中脘（＋）。

穴方简释：上巨虚、天枢，疏通大肠之腑气；内关、中脘，和胃调中、理气散郁；行间、阳陵泉，疏肝理气、活血散结。

操作方法：针刺得气后，以提插、捻转补泻手法，留针30分钟。

疗程：每日1次，7次为一疗程。休息3天之后继续第二疗程。

其他疗法

1.耳针：取阑尾、大肠、小肠、肾上腺，配以胃、脾、交感、皮质下。4～24小时一次，留针30～60分钟。

2.手针：取头点，强刺激，稍留针，疼痛缓解后再起针。

3.头针：取下肢感觉区、足运动区，斜刺，留针20分钟，适用于慢性阑尾炎。

4.水针：取足三里（右）、阑尾穴（双），每穴注射青霉素5万单位，或链霉素0.1，每日2～4次；或注射用水每穴2～4毫升，每日1～2次，直至痊愈；或10%葡萄糖注射液每穴10～15毫升，每日1次。

5.外敷：右下腹部，用双柏散（大黄、侧柏叶各2份，黄柏、泽兰、薄荷各1份，共研细末），以水蜜调煮呈糊状，一般用60克。适用于阑尾周围脓肿。

文献选录

“肠痈，屈两肘，灸肘尖锐骨各百壮。”（《千金方》）

“肠痈痛，太白、陷谷、大肠俞。”（《针灸大成》）

“急性阑尾炎：血海、委中、阴陵泉、地机、三阴交、行间、天开、曲池、合谷，强刺激。慢性阑尾炎：气海俞、大肠俞、居髎、冲门、血海、阴陵泉、三阴交，痛点用艾条炎。”（《中国针灸学》）

“实证：肠痈初期，痈脓未成，宜清热去瘀，通畅血脉；痈脓已成宜活血散瘀，排脓消肿。取阳明经穴为主，初期泻法，脓已成宜平补平泻刺之。主穴：阑尾穴、天枢、上巨虚。”（《实用针灸学》）

经验选要

1. 上海针灸治疗阑尾炎机制研究协作组，据20多个协作单位观察针刺治疗急性阑尾炎共1542例，其中成人1426例，小儿患者116例。选用穴：阑尾穴、足三里。配穴：上巨虚、行间、曲池、合谷。手法以捻转、提插、迎随或透天凉等泻法为主，急性初期，每日针刺2～6次，留针30～60分钟。重者可留针2小时。症状好转后逐渐减少针次，缩短留针时间。结果：单纯用针灸治疗成人1201例，治愈率为84.2%；小儿77例，治愈率为88.3%；急性单纯性阑尾炎，成人1007例，治愈率为88.8%；小儿74例，治愈率为69.6%；慢性阑尾炎急性发作者145例，治愈率为77.3%；急性阑尾炎伴有局限性腹膜炎者22例，治愈率为36.8%；阑尾包块22例，治愈率71.1%；小儿4例，治愈3例，一般在针后24小时内症状消失，体温及白细胞趋于正常。压痛一般在2～3天内消失，平均4天出院。

2. 李洁英等针刺治疗阑尾炎590例。其中急性单纯性阑尾炎500例，伴有局限性腹膜炎者78例，阑尾包块12例。选用主穴：足三里、上巨虚（或阑尾穴），均双侧。配穴：曲池、大肠俞、次髎。用泻法，留针1小时，每日针治1～3次，直至压痛完全消失。结果：治愈356例（60.3%）；好转162例（27.5%）；无效72例（12.2%）。

评述

针灸治疗急性阑尾炎已积累了丰富的临床经验，在实践中证实，针灸对急性单纯性阑尾炎和化脓性阑尾炎早期确有很好的疗效。故对此类型阑尾炎，针刺疗法可以作辅助疗法，待症情稳定后，应立即手术和其综合治疗；对于慢性阑尾炎急性发作者，由于阑尾组织的病理变化，阑尾腔狭窄不利于阑尾腔的排空，故针灸效果不佳，此类患者，亦应待急性症状缓解时，立即采取其他有效措施，或行阑尾切除术。对于有局限性腹膜炎患者，可加用中药等综合治疗，但其复发率较高，故亦应以择期手术为彻底根治。对于阑尾包块，针灸治疗是有一定疗效，但若能配合其他保守疗法，则效果更好。但阑尾周围脓肿伴有脓毒血症者，则应立即切开引流，不宜单纯针刺治疗。

实验研究证明，针刺能调整机体的机能状态，恢复植物神经系统功能的平衡，改善阑尾的血液循环，促进机体对炎症过程中有害物质的清除，减少局部渗出、减轻水肿，

恢复和加强阑尾有效的蠕动及血流，从而促进了阑尾腔的排泄及炎症的吸收。针灸还能使机体免疫机能加强，加速腹腔液体的吸收，并使肾上腺功能增强，故能促进体内新陈代谢，增强抗体，促进痊愈。

张兆发

四　胆道蛔虫症

胆道蛔虫症，是蛔虫由肠道上窜钻入胆道引起的一种疾病，是临床常见的急腹症之一，好发于儿童及青少年，女性略高于男性。

祖国医学称之为"蛔厥"。《内经》曰："心腹痛侬作痛，肿聚，往来上下，痛有休止，是蛕蛸也。"《伤寒论》记载："蛔厥者，其人当吐蛔。今病者静而复时烦者，此为藏寒。蛔上入其膈，故烦，须臾即止。得食而呕。又烦者。蛔闻食臭出，其人常自吐蛔。"《三因方》则对本病的病因作了详细的叙述，认为："因脏腑虚弱，或多食甘肥，致蛔虫动作，心腹绞痛，发则肿聚往来上下，痛有休止，腹中烦热，口吐涎沫，是蛕咬。"《医学入门》进一步说明了本病原因，是"素有食蛔，因病过饥，下利脏寒"所致，如曰："其人素有食蛔，或因病过饥，虫逆上咽膈而出，……。又或下利脏寒，则蛔亦上入于膈。"故祖国医学对本病病因症状认识很清楚。

病因病机

由于饮食不洁，素有食蛔，若饥饱失常、发热、下利、胃热、脏寒或服驱虫药量不足等因素，致使胃肠功能运化失司，肠内虫体乘机扰动，蛔虫性喜钻窜，上窜钻入胆道而发病。蛔虫阻塞胆道，气机不畅，肝胆相为表里，肝主疏泄，胆喜通降，肝胆气滞不通则痛；肝气犯胃，胃气上逆则恶心呕吐；甚或蕴湿生热，则发热，甚则胆汁逆溢上泛，浸淫肌肤，发为黄疸。

临床表现

1.腹痛：中上腹剑突下方突然发生剧烈的阵发性绞痛，并呈钻顶样痛，疼痛可向肩背或腰部放射，常伴恶心呕吐，疼痛持续时间不一。若蛔虫退出胆道，疼痛会突然消失，痛止如常人；若蛔虫完全钻入胆道或深入肝内胆管时，疼痛减轻或仅有轻度持续性胀痛，亦可完全不痛；若继发胆道感染时，中上腹持续胀痛或胀感。

2.畏寒、发热：一般不发热，若并发胆道感染时，有畏寒发热，若引起急性化脓性梗阻性胆管炎时，可出现高热、寒战、黄疸或中毒性休克等。

3.恶心呕吐：患者常有恶心呕吐，呕吐物多为胃内容物，并可含有胆汁，部分病人有时吐出蛔虫。

4.舌苔与脉象：腹痛发作时脉象弦紧，缓解时脉平，苔薄白，继发胆道感染时，脉滑数或弦数，苔薄、黄或黄腻。

5.体征：中上腹剑突下轻度压痛，腹壁柔软，腹部轻微体征与剧烈绞痛常不相符合，是本病的主要特点，如合并急性化脓性胆管炎及胆囊炎时，右上腹可出现压痛、腹

肌紧张及反跳痛，有时可扪及肿大的胆囊。约80%的病人可在胆囊穴（右侧阳陵泉穴下3厘米）有触痛及触及硬结。血白细胞可有轻度增加，嗜酸性白细胞比率增高，可达10%以上，有继发胆道感染时，白细胞计数明显升高。大便或呕吐物中常可找到蛔虫卵。必要时作十二指肠引流术，引流液内蛔虫卵的阳性率可达46.1～61.8%。

本病须与胆道系统感染和胆石病、急性胰腺炎、胃十二指肠溃疡穿孔作鉴别。

辨证施治

1.气滞型（单纯性胆道蛔虫病）：证见中上腹剑突下右下方阵发性剧烈绞痛，有时伴有恶心呕吐，腹痛虽剧，但压痛轻微，无发热，无黄疸，舌苔白腻，脉弦紧。

2.湿热型（胆道蛔虫病合并感染）：证见中上腹持续性胀痛，伴有绞痛并呈阵发性加剧，伴有发热畏寒或见黄疸，舌苔黄腻，脉弦数或滑数。

治则：疏泄胆气，通里驱虫。

处方：胆囊穴　日月（右）　鸠尾

气滞型，加内关；湿热型，加阳陵泉（－）、阴陵泉（－）（双）、中脘（－）。

操作方法：胆囊穴位于阳陵泉下3厘米处找到压痛点后，呈45°角针尖向膝内踝方向刺入2～3寸；日月穴（右）鸠尾均呈15°角向小腹方向斜刺0.5～1寸，针尖进入腹直肌即止，均用提插捻转泻法，持续行针至腹痛症状减轻或消失后留针，至疼痛再次发作时，仍用上法行针，如此反复操作至腹痛不再发作为止，在留针期间并用艾条熏灸日月（右）穴，灸至症状消失，起针时为止。

方义简释：胆囊穴系近人治疗胆道疾患的经验穴，此穴在足少阳胆经的线路上，有疏泄胆气作用，日月是胆府之募穴，两穴相配有疏泄胆气、宽中和胃作用，鸠尾为任脉络穴，散于腹，故有理气镇痛作用，蛔虫有“遇寒则上，得温则下”的习性，故在日月（右）穴上艾条熏灸，可促使蛔虫退出胆道，从肠中排出，数穴合并共奏疏泄胆气、通里驱虫作用，为治疗本病的主穴。气滞型，加内关，加强宽中和胃，理气止痛之效；湿热型，加阳陵泉、阴陵泉、中脘穴，阳陵泉为胆经合穴，加强疏泄胆府火郁，配胃募中脘，脾经合穴阴陵泉，为运土和中，清化湿热。

其他疗法

1.迎香透四白：先由左右迎香穴垂直进针，在有针感后将针斜向外上方，刺入四白穴，针刺进行时用强刺激，留针12～24小时，过12小时再重复针刺一次。

2.耳针：有两种。

(1) 取胆胰、肝、神门、交感、皮质下，每次选2～3穴，轮流使用，留针20～30分钟，疼痛发作时用强刺激。

(2) 取耳迷根（耳背根部中点，当耳壳外拉时可见一凹陷处即是穴），消毒后用毫针对准耳道方向刺入，得气时有蚁走感、耳热感、耳胀感。针刺深度约5分左右，留针5～10分钟，一般先针一侧，如病人于5分钟内仍未止痛，可再针另一侧，留针5～10分钟。

3.电梅花针：取阿是穴，用梅花针通以较强的电流（电压最高为10～15伏），于痛

处皮肤轻轻叩打。

4.水针：取胆囊穴、阳陵泉为主穴，配穴：足三里、阳辅为配穴，将维生素K_3 2毫升注入主穴，如止痛效果不明显，再隔3～4小时穴注配穴。

文献选录

①巨阙治蛔虫心痛，蛊毒。（《铜人针灸腧穴图经》）

②上管（上脘）主心痛有浊，多涎，不得反侧。（《资生经》）

③蛔虫钻心痛甚，足大拇指中节上，灸三壮即止。（《普济方》）

④蛔心痛，巨阙二七壮，大都、太白、足三里、承山。（《类经图翼》）

经验选要

①王健秋等报道，采用体针、电梅花针结合药物驱虫共治疗胆道蛔虫症271例，临床治愈231例，占85.2%，好转32例，占11.8%，无效8例，占3%。① 体针取穴：主穴，中脘、上脘。配穴，右侧腹痛加梁门（右），左侧腹痛加梁门（左），疼痛放散至肩背者加痛处阿是穴。② 电梅花针：8例妊娠患者采用电梅花针治疗，在痛处皮肤上轻轻叩打。③ 疼痛消失后立即用药物驱虫。一般3～5次可治愈。

②孙锦章等报道，针刺迎季透血白穴，强刺激，留针12～24小时，共治疗胆道蛔虫症22例，一般针刺半小时左右疼痛即可缓解，两小时左右疼痛消失。

评述

针灸治疗胆道蛔虫症，有显著效果，一般手法宜用较强刺激之泻法，持续而强烈的刺激能缓解胆道痉挛，使胆道和胆道括约肌舒畅，胆汁排泄通畅，促使蛔虫从胆道排出，或加用局部温灸法，也可使胆道括约肌舒张，促使蛔虫从胆道排出。

在针刺过程中，有些患者针刺后疼痛逐渐消失，胃脘部有如水流下行之感，伴肠鸣、矢气等现象，这是蛔虫已排出胆道；但也有些患者针后疼痛反而加剧，可能是蛔虫在退出胆道过程中，胆管痉挛所致。此时，应继续坚持针灸治疗，促使蛔虫迅速退出胆道，在针刺前需摸肝脏，是否肿大，如肝肿大，右腹部穴位严禁直刺、深刺，深度以针尖到达肌层为主，防止刺伤肝实体而造成事故。

郑蕙田

五　急性肠梗阻

肠腔内容物因某种原因不能顺利通过肠道，而引起一系列病理变化，称为肠梗阻。其临床特征为腹痛、腹胀、呕吐、无排便和排气。是一种常见的急腹症，病因复杂，病情多变，发展迅速。

中医文献有颇多类似记载，《内经》就有类似肠梗阻的描写：“饮食不下，膈塞不通，邪在胃脘。”古人的这类描述多见于“关格”、“肠结”、“腹胀”等门类之中。如：明代《医贯》：“关者，不得出也。格者，不得入也。”“关格者，忽然而来，乃

暴病也，渴饮水浆，少倾即吐，又饮又吐……。”

中医对肠的生理功能认识是泻而不藏，实而不满，动而不静，降而不升，以通降为顺，滞塞为逆。因此，一旦肠道不能通降，即成本证。

病因病机

本症的主要机理是肠腑闭阻，胃肠之气不降，中焦阻塞，水谷清气不升，胃肠之气上逆，浊气不能下降而致。形成肠府阻塞的原因颇多，大致分为二类：其一，外邪阻滞，多见于寒邪凝滞，热邪郁闭，湿邪中阻、瘀血留滞，往往伴有积食、燥屎、小儿尚可见到蛔虫聚团等等；其二，各种病邪或肠道本身血流不畅，致使肠道通降功能消失，肠道内容物通行停止，形成阻塞。肠府闭阻、中焦阻塞、上不通下不达，不通则痛。因此本症以腹痛为特点，浊气下降、胃气上逆，则呕吐频频不能进食。肠道失于运化功能，化物积于肠府，气体、液体增多则胀，大便矢气不通则闭。故本证的四大症状为痛、呕、胀、闭。

症情发展，气津内耗，则倦怠乏力，精神萎顿，皮肤松弛，两目凹陷，口干舌燥，舌质红降、苔厚腻，脉弦细或沉细。

如再进一步发展，肠腑坏死，瘀血及肠内容物外溢，可致发热，腹部压痛、反跳痛、肌紧张，以致冷汗、烦躁、肢冷、脉沉细而数等中毒休克现象。

临床表现

1.症状体征：腹中部阵发性绞痛，间歇期，高位梗阻3～5分钟，低位梗阻15～30分钟。腹部可看到肠型、肠蠕动波，听诊蠕动音可亢进。麻痹性肠梗阻则肠音消失。常呈反射样呕吐，吐出食物及胃液，低位梗阻者吐出物有臭味可能呈粪样，如呕吐物为血性者，则提示瘀血。梗阻后期常见腹胀、低位梗阻，可见全腹膨胀。停止排便和排气，为主要症状，完全性梗阻者无排便排气，不完全梗阻或早期高位梗阻，可有少量排便排气。体温早期一般正常或低温，晚期体温常升高。早期全身情况可无明显变化，后期可出现脱水甚至休克。腹部检查，早期单纯性者可有轻度压痛无反跳痛及腹肌紧张，因不同原因，可见到肠形、触及条索状团块，或比较活动的腊肠型肿块；如肠壁穿孔，则可腹部明显压痛、反跳痛及腹肌紧张。

2.辅助检查：血象，白细胞可高达15000/立方毫米至40000/立方毫米，中性白细胞可增加；X线检查，是判断有无肠梗阻的可靠方法之一。不同类型的肠梗阻均有典型的X线表现，在透视或腹部平片不能解决时，还可根据情况进行胃肠钡剂造影。

辨证施治

本证的病因复杂，病情变化快，病情程度轻重相差颇大。中医按病机和临床表现分为气滞、瘀积、疽积三型，后二型，包括绞窄性肠梗阻、坏死性肠梗阻及至弥漫性腹膜炎，一般应立即手术治疗。气滞型肠梗阻针刺治疗效果良好，方法介绍如下：

1.气滞型：包括早期单纯性机械性肠梗阻和早期麻痹性肠梗阻，原则上以非手术疗法为主，针刺则为主要的非手术疗法，6～24小时仍未见效，再考虑手术，针刺治疗时

应配合补液和有效的胃肠减压。

主证：腹痛阵作，发作时患者自觉有气体在腹内窜行伴肠音亢进，麻痹性肠梗阻时，肠音可消失，腹部可见到膨胀的肠曲及肠蠕动波，伴有恶心、呕吐、无排便及排气，部分病人体温可升高，舌苔薄白或薄腻，脉弦，一般脉率增快，白细胞增加。

治则：消积导滞，疏通肠府。

处方：上巨虚（－） 下巨虚（－） 天枢（－）（双） 关元

呕吐，加内关（－）、足三里（－）；上腹痛，加章门、中脘；下腹痛，加气海、关元；便秘，加大肠俞；发热，加曲池（－）。

穴方简释：梗阻者，肠道因种种原因阻塞不通，治以通顺为法，通则不痛。上巨虚，大肠下合穴；下巨虚，小肠下合穴；关元，小肠之募穴；天枢，大肠之募穴。以通调大小肠之府气，而去其积滞。呕吐，配足三里、内关，和胃以止呕；上腹痛，配脾之募穴章门，因脾统血，此穴尚有祛瘀作用，胃之募穴中脘，以理脾胃之气；下腹痛，配气海、关元，以理气止痛；便秘，加大肠俞，通便以去积秽；发热，加曲池以泄热。

操作：补泻兼施，持续捻转2～3分钟后留针15～30分钟。每隔5～15分钟运针一次，每6小时治疗一次。

疗程：24～48小时应明显好转，腹痛减轻，呕吐减轻，或有排气排便；如不减轻或反加重，当转手术治疗（仅有少量排便而不排气者，不能视为缓解）。

其他疗法

1.水针：麻痹性肠梗阻，肠音完全消失。取足三里，每穴注新斯的明0.25毫克，每日1～2次。

2.耳针：取大肠、小肠、胃、腹、高感、神门、皮质下，中强刺激，每日1～2次。

文献选录

1.“吴格死在旦夕，但治下血可愈……”。（《医学入门》）

2.“肠中有虫瘕及蛟蛕，皆不可取以小针；心肠痛，侬作痛，肿聚，往来上下行，痛有休止。……以手聚按而坚持之，无令得移，以大针刺之……。”（《灵枢》）

3.“腹胀肠鸣，气上冲胸，不能久立，腹中痛濯濯，冬日重感于寒则泄，当脐而痛，肠胃间游气且痛，食不化，不嗜食，身肿，侠脐急，天枢主之。”（《甲乙经》）

经验选要

1.李贤平等针刺治疗51例肠梗阻，其中蛔虫性44例，麻痹型4例，肠套叠2例，粘连性1例。取穴以天枢、腹结为主穴，以大肠俞、足三里、中脘为配穴，灸神阙。操作：针刺得气后作强有力的捻转，留针20～30分钟，每5分钟捻转一次，并加艾灸30分钟。疗效：47例经一次针灸，梗阻即行解除。仅1例肠套叠无效。治愈率达98.3%。一般针刺3～5分钟就有肠蠕动及肠鸣，2小时则腹泻排气。

2.某氏，针刺治疗肠套叠八例。主穴：关无、气海、中脘、百会、大敞、天枢、三

阴交。配穴：合谷、太冲、足3里，大肠俞、小肠俞、胃俞、烧山火手法，留针2小时，每15分钟捻转一次，后加艾条薰灸一次。经2～6次治疗，6例治愈（《针灸医学验集》）

3.郭××，针刺治愈急性肠梗阻1例，男性58岁，左下腹持续疼痛2天，阵发性加剧，恶心、呕吐，无排便、排气，面色青灰，冷汗淋漓，腹膨胀，左下肠形，压痛明显，肠音亢进，有气过水声，白血球18700/立方毫米，中性93%。诊断：降结肠下段，完全性肠梗阻。治疗清热通结，行气散瘀，先取足三里；无效，后取公孙，得气后用泻法，气至少腹痛顿减，间断行针，1小时出针，以后配合支沟、上巨虚、大横，4小时一次，3日痊愈。（《陕西中医》，1984年第6期）

评述

1.急性肠梗阻是临床常见急腹症之一，由于病因的不同，梗阻程度的不同、梗阻部位的高下，临床表现可有很大差异，轻者中医属于腹胀腹痛范畴，重者归于肠结、关格一类，但痛、呕、胀、闭是各类肠梗阻共同症状。

2.早期单纯性机械性肠梗阻及早期麻痹性肠梗阻，原则上以非手术疗法为主。针刺治疗是非手术疗法的主要手段，一般针刺1～3次即可解除梗阻。除体针外，新斯的明穴位注射和耳针疗法亦有相当疗效。一般来说，针刺治疗，应配合禁食、胃肠减压和补液。由于本症变化较快，如48小时无效，应立即中转手术。

3.针刺治疗肠梗阻的机理，据有关方面研究可理解为：在神经和体液因子的参与下，调整肠道机能，使肠道发生有效的运动，改善肠道血运，促进肠道吸收，从而有利梗阻的解除。

陈文娟

六　子痫

子痫是妊娠中毒最严重阶段，重度妊娠中毒症患者出现抽搐和昏迷时，称为子痫。

本病除有高血压、水肿、蛋白尿等症状外，还具有复杂的症候群，其中最典型的是全身肌肉痉挛性抽搐和昏迷。根据发病时间，可分为产前子痫、产时子痫和产后子痫。其中产前子痫最为常见，约占半数以上，其次是产时子痫，而产后子痫较为少见，且多发生在产后24小时内。一般认为，本病以年轻初产妇、多胎妊娠、葡萄胎、羊水过多者，发病率较高。

子痫发作可能由于气候变化，声、光或分娩时手术操作的刺激所引起，也有些病人的发作是由于解痉、降压、镇静剂用量不足，或对孕产妇的主诉不够重视，未及时处理。

子痫的预后与产妇的年龄、胎次、发病时间与抽搐次数均有一定关系。年龄愈大，初次抽搐离分娩时间愈长，抽搐次数愈频，持续时间愈长，昏迷延长愈久，则预后不良。

祖国医学认为：本病往往由子晕、子肿治不及时，发展而来。可分为肝风内动、痰火上扰和脾胃虚旺三大症型。

病因病机

1.肝风内动：素体肝肾阴虚，孕后赖精血以养胎，肾精愈亏，肝失滋养，心火偏亢，风火相煽，遂发子痫。

2.痰火上扰：阴虚发热，灼其津液，炼液成痰；或脾虚湿盛，聚液成痰，痰火交炽，上蒙清窍，发为子痫。

3.脾虚肝旺：脾虚化源不足，精血虚少，复因妊娠水肿，湿阻经络，精血输送受阻，肝肾失养，阴虚则阳亢，肝旺则乘脾，脾气益虚，水湿不化，故出现脾虚肝旺之症候。

临床表现

发作时，先是眼球固定、瞳孔放大、头扭向一侧，随后上角及面部肌肉微微颤动，数秒钟后发展到全身肌肉强直、两臂屈曲、两手紧握、两腿内转，接着全身肌肉强烈抽动、牙关紧闭、呼吸暂停、面色青紫，1～2分钟后抽搐暂停，全身肌肉松弛、呼吸恢复，但深长而有鼾音，患者处于昏迷状态。昏迷时间及抽搐次数随病情轻重而异，轻者抽搐次数少，抽搐后可逐渐苏醒。子痫发作频繁，抽搐时间长，甚或昏迷不醒者，常提示病情严重，常可危及产妇及胎儿的生命，应高度重视。

本病大多数患者，在抽搐发作前有头痛、眼花、胸闷、目瞀等症，血压显著升高可达24～13kPa（180/100mmHg），子痫发作时，水肿和蛋白尿进一步加重，小溲短少，甚至尿闭。

辨证论治

1.肝风内动：

主证：妊娠后期，常感头晕、头痛、目眩，或有恶心、脘闷胁胀、面赤心烦，发病时突然四肢抽搐、角弓反张，甚则昏不知人，舌红、苔薄黄，脉象弦数。

治则：平肝熄风。

处方：太冲（－）　风池（－）（双）

属于肾阴不足、水不涵木、肝失滋养、肝阳上亢者，上方加复溜（＋）；若心火偏亢者，泻神门（－）、合谷(－)；若四肢抽搐、昏不知人、正在发作者，合谷（－）、太冲（－）及人中（－）。

穴方简释：

①针泻足厥阴肝经的原穴太冲，平肝熄风，配泻风池穴以熄风清脑。

②属于肾阴不足，水不涵木，肝阳偏亢，肝风内动者，肾经的金穴复溜，滋阴补肾，滋阴潜阳，平肝熄风。

③心火偏亢者，针泻合谷、太冲清热熄风，镇肝解痉，配泻心经原穴神门，以使清心安神之效。

抽搐、昏迷发作时，针泻合谷、太冲、人中以精神志。

操作方法：进针得气后，用捻转泻法，在留针30～60分钟内，捻转运针2～3次，

每次每穴0.5～1分钟。复溜用补法，连续捻补4～5分钟，不留针。

疗程：一日针治1～2次，直至神志清醒。

2.痰火上扰：

主证：妊娠晚期，或正值分娩时，卒然四肢抽搐，昏不知人，正在发作者，针泻双侧合谷、太冲及人中。

穴方简释：

①针泻手少阴心经的神门穴、清心宣窍，配泻具有豁痰作用的丰隆穴，祛痰化浊，配泻足厥阴肝经原穴太冲，熄风解痉。

②四肢抽搐、昏不知人，正在发作时，针泻四关穴（合谷与太冲配伍），清热熄风，配刺人中开窍醒志。

操作方法：进针得气后，用捻转补泻法中的泻法，在留针30～60分钟期间，捻泻运针2～3次，每次每穴捻泻0.5～1分钟。人中，在留针30～60分钟内，捻刺运针2～3次。

疗程：一日针治1～2次，直至抽搐与昏迷好转或治愈为止。

3.脾虚肝旺：

主证：妊娠后期，水肿逐渐加剧，尿少，头晕眼花，心烦易怒，恶心呕吐，食纳不佳，胸胁胀满，小肢倦怠，大便溏薄，苔腻微黄或厚腻，脉象弦数。

治则：健脾行水，平肝潜阳。

处方：阴陵泉（＋）　太冲（－）　足三里（＋）

四肢抽搐、昏不知人、正在发作时，针泻合谷（－）（双）、太冲（－）（双）、人中（－）。

穴方简释：补足太阴脾经合穴阴陵泉，健运化湿，与足阳明胃经合穴足三里以和中导滞，加泻肝经的太冲，作用于平肝熄风。

操作方法：进针得气后，阴陵泉均用捻转补泻法中的泻法，在留针30～60分钟内，捻泻2～3次，每次每穴捻泻0.5～1分钟。

疗程：每日针治1次。

其他疗法

耳针：取子宫、交感、内分泌、降压沟，除降压沟用点刺放血法外，其他耳穴用中等刺激。每日1次，留针15～20分钟。

文献选录

1.“妊娠而发者，闷冒不识人，须臾醒，醒后复发，亦是风伤太阳之经作痉也，名子痫，亦名子冒也。”（《巢氏病源》）

2.“孕妇忽然颠仆抽搐，不省人事，须臾自醒，少顷复如好人，谓之子痫。”（《医学金鉴》）

3.“大抵此证胎气未动，以补气养血定风为主，胎气既下，则以大补气血为主。”（《医学心悟》）

经验选要

1．“此症因妇人受孕后，冲任血养胎元，致肝脏血少，而木火内动。”（《中国医学大辞典》）

2.目前有人试用活血化瘀方法治疗妊毒，尚在探讨中。

评述

1.由于任何轻微的外界刺激，如光、声音等，都可能诱发强烈的阵发性全身肌肉痉挛。因此，在针刺前应让患者，特别是轻症患者，思想有所准备，以免经筋突然拘急或痉挛更甚。多泻久留针，对于缓解痉挛有良好的效果。

2.大多数子痫病人在抽搐发作前多主诉有头痛、眼花、胸闷和视力模糊等症状，少数病人仅主诉有头晕症状。此时，术前应重视病人的主诉，再测量血压、抓紧时间针泻。不可因为仅觉头晕或血压不高（基础血低）而易被忽视，以致发展为子痫。

3.子痫应与癫痫、尿毒症、糖尿病昏迷、脑血管意外等症所引起的抽搐相鉴别。

李世珍

七　胆结石绞痛

胆石症是我国常见急腹症之一。我国大部分地区胆石的主要成分为混合结石及胆色素结石，其次为胆固醇结石，前者多在肝胆管内产生，约占胆石症的50～80%，后者多在胆囊内产生，由于这类疾病常互为因果，炎症和结石常同时存在，临床表现也相互联系。

胆结石属于中医说的“胁痛”范围，即所谓：“肝胀者胁下满而痛引少腹”，“胆足少阳之脉……是动则病口苦、心胁痛”,说明肝、胆有病可以引起胁痛等症状，《灵枢》中记载的“寒热身痛，面色微黄”的黄疸症中就包括了胆总管梗阻时出现的阻塞性黄疸及为胆道感染、胆囊炎症等症状,医圣张仲景对本病的认识更为清楚,如《伤寒论·太阳病篇》中描述“结胸症”的症状是：膈内疼痛、拒按、气短、心下部紧硬胀满、身发黄等。

病因病机

胆为“中清之腑”，与肝相表里，输胆汁而不传化水谷和糟粕，以“通降下行”为顺，凡暴怒忧思，或多食油腻厚味叉溥饮食，或寒温不适，或蛔虫上窜等因素，致使肝胆之气郁结，脾胃运化失司，湿浊内生，湿热久蕴不散，日积月累，胆汁久经煎熬，则成砂石；胆石阻塞，更促使肝气不舒，胆汁流行受阻，则结石不断结聚增大；胆汁郁积加重，导致气滞瘀阻不散，内蕴湿热不清，可以反复发作。

临床表现

1.胆绞痛： 90%患有胆绞痛史，程度多剧烈而持久，且常有间歇性加剧，部位多在右上腹及剑突下，性质如刀割样钝痛或闷痛，60%病人可放射至右肩、左肩及腰背部，如伴有结石，则疼痛程度更为严重，急性梗阻性化脓性胆管炎，多突然发生剑突下或右上腹顶胀痛或绞痛，并向背部放射，胆总管结石发作时为剑突下阵发性绞痛，肝内胆管结石患者常感右肋缘下疼痛，并向胸及右背部放射。

2.恶心呕吐： 常与腹痛同时发生，同时有口苦咽干，不欲饮食，心烦喜呕及胸胁苦闷，吐出物为胃内容物及胆汁。

3.寒热： 寒热往来说明是肝胆管感染，一般急性胆囊炎并有发热，但无寒战，体温多在38～39℃之间。

4.大小便： 尿少而黄，便秘，胆管完全梗阻时大便呈灰白色。

5.黄疸： 胆石病的黄疸，通常为梗阻所致，1/3患者继疼痛之后出现，急性胆囊炎仅15%呈轻度黄疸，轻者仅巩膜与腭粘膜发黄，重者波及全身，黄疸深浅随梗阻的程度及时间而异，有时可波动性地加重或减轻，一般单纯胆囊炎或胆囊结石可无黄疸。

6.舌苔脉象： 早期或轻症，舌苔白腻或微黄，严重者苔黄腻或黄燥，舌质红或绛或舌光如镜，脉弦滑数或洪数，严重者沉细而数。

7.体征： 胆结石引起绞痛右上腹胆囊区痛处拒按，并有腹肌紧张，缓解后较轻；当胆囊颈部或胆囊管被结石梗阻时，胆囊胀大，炎症剧烈时，右上腹常可触及有压痛的肿大胆囊或炎性包块；病变在胆管时，在剑突下区有压痛；肝内胆管结石时，肝区常有叩击痛，并可触及有触痛和肿大的肝脏；此外临床上可根据实验室检查情况，如血白细胞计数及中性白细胞增高时，说明胆道系统感染；血清胆红质、黄疸指数增高、胆红素定性试验直接反应阳性时为胆道有梗阻；另可根据胆囊造影、B型超声波检查、同位素等进一步协助诊断。本病还应与胆道蛔虫病，急性胆囊炎，胰腺炎，胃、十二指肠溃疡穿孔等病鉴别诊断，以免误诊。

辨证施治

1.气滞型： 包括无明显感染的肝胆管及胆囊结石、慢性胆囊炎，证见胁脘隐痛、胀痛或窜痛，痛引肩背，食少腹胀，口苦咽干，嗳气，大便失调，一般不发热，无黄疸，苔薄白或微黄、舌质微红，脉弦细或弦。

2.湿热型： 包括急性胆囊炎、胆总管结石、梗阻、感染等，证见起病急，胁脘疼痛拒按，恶心呕吐，口苦咽干，不思饮食，食则痛剧，发热或寒热往来，或有目黄、身黄，黄如橘色，有光泽，大便秘结，尿少色黄，中、右上腹有明显压痛，腹肌紧张或触及肿块，苔黄腻、质红，脉弦滑或弦数。

3.火毒型： 包括化脓性坏疽性胆囊炎、胆囊穿孔腹膜炎、急性梗阻性化脓性胆管炎合并中毒性休克等，证见胁脘痛剧，持续不解，甚者痛及满腹，腹肌紧张，压痛拒按或有包块，高热或寒战高热，黄疸，口干唇燥，便秘，尿黄赤，甚至神昏谵语，皮肤瘀斑，鼻衄齿衄，舌质红绛或紫，苔黄厚腻干燥灰黄或舌光如镜，脉弦滑数或脉细欲绝，

四肢厥冷，冷汗淋漓。

治则：疏肝理气，通腑泄热，利胆排石。

处方：日月（－） 期门（－）（右） 胆囊穴（－）（双）

气滞型，泻胆俞；湿热型，泻阴陵泉、足三里；火毒型，泻支沟、阳陵泉、人中、十宣（出血）。汗出脉绝者加灸气海、神阙。

操作方法：提插捻转泻法，日月、期门须沿腹直肌向下斜刺，胆俞穴针刺感应最好能向右上腹放散。

疗程：隔日1次，留针30分钟，每隔5～10分钟行泻法一次，如急性发作时可每日1～2次，治疗期间，要注意筛洗大便，观察有无结石排出。

方义简释：日月系胆府之募穴，期门系肝府之募穴，肝胆相配，以疏肝利胆，胆囊穴是近人治疗胆囊疾病的经验穴，位于胆经循行路线上，有通腑泄热，利胆排石之功，三穴相配以疏肝理气，通腑泄热，利胆排石，故为治疗本病主穴。气滞型加刺胆俞穴，加强疏泄胆气，利胆排石作用。湿热型，泻阴陵泉、足三里。阴陵泉系脾经合穴，足三里为胃经合穴，二穴相配以健脾利湿，与主穴相配，有清热利湿，利气通下作用。火毒型，泻支沟、阳陵泉。支沟为三焦经经火穴，阴陵泉为胆经之合穴，有泻火解毒、通腑泄热之功。如热深厥深，泻人中、十宣以开窍泄热，与主穴合用，以助泻火解毒、开窍通腑泄热之功。如汗出脉绝者，灸气海、神阙以培元固本、回阳固脱。

其他疗法

1.电针：取日月、期门，进针得气后，按电针仪，通电30分钟，每日或隔日1次，视具体病情决定。

2.压籽：取肝、胆、胆管、十二指肠、交感为主穴，耳迷根、胃、脾、食道、大肠、三焦、肛门为配穴。

用王不留行籽1～2粒以胶布敷贴于穴上，每次只贴一只耳，每隔3～4天，左右耳交替轮换敷贴。

3.激光：取胆囊穴（右），用氦氖激光光导纤维照射右侧胆囊穴10分钟，隔日1次，10次一疗程。

文献选录

胁痛：针丘墟、中渎。（《针灸聚英》）

胁肋痛：胁下肋边者，刺阳陵而即止。（《通关指要赋》）

胁肋疼痛：支沟、章门、外关。（《针灸大成》）

胁痛：阳谷、腕骨、支沟、膈俞、申脉。（《神应经》）

胁痛：中膂俞、膈俞、窍阴、阳谷、颅囟。（《普济方》）

胁痛：气海、关元、期门、窍阴。均用灸法，适用于疼痛剧烈，奄奄欲绝的情况。（节录《神灸经论》）

中封、五里主身黄时有微热；脊中主黄疸腹满不能食；脾俞主黄疸喜欠，不下食，胁下满，欲吐，身重不欲动。（《资生经》）

经验选要

盛灿若等报道：用电针治疗胆石症，排石率为73.4%，取穴：巨阙、阳陵泉、胆囊穴或足三里，气滞型加期门、太冲；湿热型加不容、三阴交，每日1次，每次留针40分钟。

张仁等报道：采用耳穴压丸治疗胆系结石，取穴：肝、胰、胆、十二指肠。配穴：耳迷根、胃、三焦、脾、食道、大肠、肩、眼。每日自行按压3～4次，每次10～20分钟，20次为一疗程，共治疗57例，经1～3个疗程观察，显效21例（36.8%），有效27例（47.4%），无效9例（15.8%），总有效率为84.2%，排石率为36.8%。

并采用B超观察耳穴压籽对胆囊舒缩功能的影响，观察组：肝、胰胆、十二指肠；对照组：心、上肺、下肺。结果：观察组压籽5分钟，胆囊声象面积有显著性减少（$P<0.01$），压籽10分钟，胆囊声象面积又有进一步减少（$P<0.001$），压籽30分钟，胆囊声象面积已接近压籽前水平，而对照组压籽5分钟，胆囊声象面积较压籽前略有减少（$P>0.8$），压籽10分钟，反而略有增大（$P>0.7$），结果表明耳穴具有相对特异性，压肝、胰胆、十二指肠三穴5～10分钟，胆囊出现明显收缩，而压心、上肺、下肺三穴，5～10分钟，胆囊无明显变化。

陈化民等报道：用弱剂量氦氖激光照射胆囊穴，并用超声A型体表投影法观察胆囊收缩功能的影响，结果表明胆囊收缩多在激光照射后20分钟开始，40分钟达到高峰，60分钟不再收缩，认为30～50分钟为胆囊缩小的最高峰。

评述

针灸治疗胆囊炎胆石症以气滞型、湿热型为主，对改善患者的临床症状确有较好疗效，胆绞痛发作次数显著减少或消失，特别在发作时更有一定的即时止痛效果，排石一般以泥沙样结石或长径小于1厘米的小型胆囊结石为主，胆总管结石一般横径在4厘米之内，而且以急性发作时效果更佳，必要时可配合总攻疗法，本人经临床体会总攻疗法优于单纯中、西药及针刺疗法。总攻方案如下：①先服利胆中药1剂；②服中药后1小时开始针刺日月(右)，期门(右)15分钟，接电针，以使在胆汁分泌增加时，胆囊肌肉张力下降，使胆囊内储存更多的胆汁；③服中药后75分钟（拔针），服脂餐及33%$MgSO_4$ 50毫升，可望在服中药后90～120分钟时出现Oddi氏括约肌的开放和胆汁冲击性排泄，促使胆石的排出。

对病情复杂、危重的火毒型患者，一般需中西医配合治疗进行抢救，不宜单用针灸治疗。

郑蕙田

八　胃、十二指肠溃疡穿孔

急性穿孔是胃、十二指肠溃疡常见的严重并发症。好发于20～50岁，男性多于女性。当活动期，胃、十二指肠溃疡逐渐向深部侵蚀，穿破浆膜即形成穿孔。绝大多数的

穿孔只有一处，好发于幽门附近的胃或十二指肠前壁，穿孔直径一般在0.5厘米左右，穿孔后胃、十二指肠内容物（如胃酸、食物、胆汁等）流入腹腔，形成急性弥慢性腹膜炎，病情严重，如不及时救治，可危及病人生命。

中医学中虽无胃、十二指肠溃疡穿孔的病名，但在古籍医学文献中有类似症状的记载，如病人突然发病，剧烈腹痛、呼吸不畅、面白唇青、四肢厥冷及汗出等，常见于"厥心痛"、"厥逆"、"食厥"、"胃脘痛"等病中，为中焦气机突然闭塞不通所致。胃、十二指肠溃疡病穿孔，西医主张手术治疗，1958年以来，采用中西结合保守治疗（其中针灸是主要方法之一），约有70%的一期病人治愈。

病因病机

中医认为，本病患者往往脾胃素有宿疾，如胃脘痛、肝胃气痛、心痛、吞酸等证。脾胃宿疾累发不愈，每受诱因而促发，如：饥饱失常，或暴饮暴食、过度劳累、情绪刺激、暴怒、局部损伤(如胃脘部受外力的撞击，洗胃等)，终致穿孔。当胃肠内有形之物流入腹腔，阻滞中焦，乃致气机突然闭塞、上下不通，不通则痛，故本证以急性腹痛为主证。若气闭而阳气被遏，易见面白肢冷、汗出、气促、脉细数等虚脱之象。若气滞血瘀，瘀久化热，则腹痛拒按、坚硬如根、口干便坚、尿赤、苔黄、脉数、伴发热等证。胃失和降，上逆则恶心、呕吐；若热结肠腑，则满腹胀痛、便秘、无矢气、呕吐、脉迟，苔焦黄起刺。湿热之邪下迫大肠每见便痢、里急后重。热深厥深，则见面色苍白、肢厥冷，脉沉细，舌苔黄腻或黄燥。

临床表现

1.症状及体征：突然发生腹痛似刀割样、撕裂样剧痛，呈持续性，阵发性加重。初起都在上腹或右上腹，迅速波及全腹，出现全腹部剧烈作痛，同时腹肌紧张，呈"木板样"强直。以上腹部更为明显，腹式呼吸减弱或消失。约半数病人常伴有恶心、呕吐，吐出物及胃液可伴有血液，后期并发麻痹性肠梗阻，出现腹胀、便秘、肛门不排气等症状，多数病人穿孔后由于胃肠道空气进入腹腔，肝浊音界消失或减少，初期一般不发热，6小时内体温在37～38℃之间，6～12小时可有明显发热，由于腹痛剧烈，多数患者出现轻度休克、面色苍白、出汗、四肢厥冷、呼吸短促、血压下降，少数病人，感染严重，出现感染性休克，早期面色苍白。

2.辅助检查：X线检查，膈下呈现游离气体；腹腔穿刺，可抽出混浊液体，有脓或食物残渣；实验室检查，白细胞总数及中性均增高；纤维内窥镜检查，可直接探视胃肠情况，诊断率极高；超声波检查，可帮助诊断腹腔渗液的多少。

辨证施治

本证为急证重证，变化迅速，救治不当常可危及生命，因此，必须掌握非手术治疗适应证：①单纯性溃疡穿孔，不伴出血、幽门梗阻、癌变等并发症者；②年龄轻，溃疡病史短，症状轻，发作少；③空腹穿孔；④穿孔不大，腹腔渗液少。

但近几年来，非手术治疗经验积累丰富，不少单位扩大了非手术治疗范围，在严密

观察下，下述情况也可非手术治疗，但必须有非手术后备，无效则中转手术：①饮食穿孔，但穿孔后吐出，或无明显腹胀和腹腔大量积液者；②虽然年龄较高或有重要脏器病变，但全身情况尚好，无明显腹胀和腹腔大量积液者；③腹腔渗液较多，但渗液质清者；④血压偏低或脉率增快，经补液或针刺可改善者。

本证治疗一般分三个时期，即闭孔期（第1期）；消炎期（第2期）；溃疡修复期（第3期）。第3期主要治疗溃疡病，本章不予论述，第2期多采用药物治疗亦可配合针灸疗法，取穴与第1期基本相同，下面主要介绍第1期治疗方法：

闭孔期：发病24～48小时内，除针刺治疗外，必须禁食，补液及有效的胃肠减压。

主症：急性腹痛、全腹压痛和“木板样”腹肌强直。恶心、呕吐、面色苍白、肢冷汗出、脉弦细，血压下降，亦可见发热、便秘，尿短赤，苔滑腻，脉滑数者。

治则：和胃降逆，理气止痛。

处方：足三里（＋） 中脘（＋） 天枢（－） 梁门（－）

满腹剧痛，加气海、关元；高热，加曲池、合谷；恶心呕吐，加内关、上脘；腹膨作胀、肠音减弱，加脾俞、胃俞、大肠俞；休克，刺人中、十宣或涌泉。

穴方简释：胃肠腑道，以和降为顺、化湿消滞，通则不痛，健脾和胃扶正以利修补穿孔。先补足阳明胃经合穴足三里，理其脾胃、补其中气；补胃的募穴中脘，和胃止痛；泻大肠之募天枢，理气消滞。配气海、关元，以通调下焦之气机；配曲池、合谷，以泄热蕴；配内关、上脘，以和胃止呕；配脾俞、胃俞、大肠俞，以疏通肠道气机；配人中、十宣、涌泉，以苏厥、开窍、醒脑、泄热。

操作：进针深刺得气后，可用提插、捻转之泻法，留针30～60分钟，每15分钟运针一次，每4～6小时治疗一次。

疗程：治疗24～48小时后症状减轻，出现肠音、或有排便排气，则进入第二阶段治疗，一般来说治疗1～2次症状即可减轻。

其他疗法

1.水针：用2％当归或红花注射液，注入上述各穴，每穴0.1～1毫升，每次使用2～4穴，每日1～2次。

2.耳针：取胃、腹、神门、交感、皮质下，每次2～3穴，中强刺激20～30分钟，4～6小时一次。

文献选录

“醉饮过度，或着恼怒，以致饮食填塞胸中，胃气不行，卒然昏倒……。”（《针灸甲乙经》）

“厥逆为病也，足暴青、胸若将裂、肠若将以刀切之烦，而不能食，脉大小皆涩。”（《景岳全书》）

“腹暴痛满、按之不下，取太阳经络穴者，则已。又刺少阴俞去脊椎三寸傍五，用员利针，刺已，如食顷久，立已。心视其经之过于阳者数刺之。”（《针灸甲乙经》）

经验选要

曾繁昌等，治疗溃疡病急性穿孔209例，中西医结合非手术治疗，首先采用针刺，取穴：梁门、天枢、内关、中脘、足三里，强刺激，留针30～60分钟，每6小时一次。总有效率94.4%，不少患者经1～2次针刺，症状即能明显缓解，6～12小时即恢复肠蠕动并有排气。（《湖北中医杂志》1981年第6期）

刘建民等报道，针药结合治疗溃疡病急性穿孔91例，首先用针刺治疗。治则：疏通气血，缓急止痛，扶正祛邪，促进闭孔。取穴。足三里、梁门、天枢、中脘，强刺激，以病人能忍耐为宜，4～6小时一次，每次留针1小时，每15分钟行针一次，治愈率96.7%。（《陕西中医杂志》1984年第9期）

韩莲云报道，中西医结合治疗溃疡病穿孔33例，取穴：足三里、梁门、天枢、中脘交替使用，强刺激，并加脉冲电流，每日4～6次，留针半小时，大部分病人，第一次针刺，能改善症状，使患者安静。疗效：引例治愈。（《江西中医药》1981年第4期）

评述

本证的治疗，以往以手术为主，随着中西医结合研究的日益深入，非手术治疗范围逐渐扩大，早期针刺治疗效果明显，但必须注意严格掌握适应范围，禁食、胃肠减压、静脉输液，同时必须有手术后备，一旦针刺无效立即中转手术。

针刺作用原理，根据近年来的研究证实，针刺有明显止痛作用，针刺可使神经末梢释放止痛镇静物质抑制痛觉。此外，针刺尚能增强胃肠蠕动功能，使胃内容物进入小肠，减少向腹腔渗出；促使大网膜向病灶转移，加强粘连和覆盖；提高机体特异性和非特异性免疫作用；调节胃肠道血循环和功能障碍；增加白细胞吞噬细菌能力，并使胃液量、胃酸、胃蛋白酶分泌减少。

陈文娟

九 一氧化碳中毒

一氧化碳中毒，是因连续吸入高浓度一氧化碳气体所致的一种急性中毒病症。中医学中无此病症名，根据其所表现可归属于昏迷、厥证等。

病因病机

中医学认为，此为“烟中有毒气”（《洗冤录》）所致，感受秽浊，导致气机突然逆乱，升降乖缪，气血运行失常。或蒙闭清窍，卒然发厥，或气陷于下，血不上承，阴阳不相顺接，而出现此证。

现代医学认为，主要是过量吸入一氧碳化后，与血红蛋白或其它含铁蛋白质等形成可逆结合，而将氧合血红蛋白中的氧排挤出来，同时还能与细胞色素氧化酶中的二价铁相结合，直接抑制细胞内呼吸，造成内窒息。从而导致体内严重缺氧，而产生一系列症

状。

临床表现

其临床症状与中毒程度的轻重有关。

轻度中毒：头痛、眩晕、心悸、恶心、呕吐、四肢无力，甚至短暂的昏厥。

中度中毒：除上述症状外，尚有昏迷或虚脱，皮肤和粘膜呈樱桃红色，尤以面颊、前胸及大腿内侧为明显。

严重中毒：患者可突然昏倒，并持续数小时至数昼夜可并发脑水肿、肺水肿、心肌损害及遗留后遗症状。

辨证施治

1.实证：

主证：头晕心悸，口吐痰涎。突然昏倒，气壅息粗，牙关紧闭，四肢僵直或抽搐，面颊前胸，呈樱之色。苔白或白腻，脉沉滑。

治则：开窍利气。

处方：水沟（－） 中冲（－） 涌泉（－）（双）

酌情选配丰隆（－）、劳宫（－）（双）。

穴方简释 水沟，位于督脉，针之能开窍醒脑，苏厥宁神，中冲为手厥阴心包经之井，可开郁定志，涌泉为足少阴肾经之井，善平冲逆之气。三穴分列上、中、下三部，合而使逆乱之气顺接，升降得循常道。本病实证多有痰有热，故加丰隆（双）以豁痰醒脑，加手厥阴荥穴劳宫泄热清心。

操作方法：除中冲用点刺放血外，均用提插捻转泻法。先针水沟，针芒向上，反复运针；继刺涌泉，留针，并持续运针至厥苏神清。

2.虚证：

主证：卒然昏厥，气息微弱，张口自汗，两便失禁，肤凉肢冷。舌淡，脉微细或芤。

治则：补气回阳。

处方：百会（＋） 素髎（＋） 神阙（＋） 膻中（＋）

酌情选配天容（±）、隐白（＋）。

穴方简释：百会乃诸阳之会，灸之可升举阳气；素髎，位于督脉，升提血压，有回阳之功，神阙为救脱之要穴；膻中乃气之会穴，能调节气机；天容为复苏之验穴；隐白系是太阴经井穴，补之有健脾益气之功。全方合用，可使清阳得升、中气得补之效，回阳救逆之功。

操作方法：百会、膻中用艾卷行雀啄术灸补法，神阙用隔盐灸法，直灸至患者清醒。百会穴亦可先针刺，运针行补法1～2分钟后，再灸。素髎，可以长毫针刺之，反复持续捻转，平补平泻，至患者苏醒为度。天容不针，反复重掐，可促复苏。隐白斜向上刺，行补法，留针。

其他疗法

针刺配按摩：取水沟、合谷为主穴，承浆、中冲、内关、外关、太阳、印堂为配穴。

先刺水沟、合谷，用强刺激，并不断捻转。同时，捏承浆、中冲、内关、外关，按太阳、推印堂。针刺和按摩交替进行，每次3～5分钟，配合扯痧疗法。直至病人恢复。

文献选录

卒死：针间使各百息，又灸鼻下人中。（《备急千金要方》）

尸厥：针百会，当鼻中，入发际五寸，针入三分，补之；针足大指甲下肉侧，去甲三分，又针足中指甲上，各三分，大指之内去端韭叶，又针手少阴，锐骨之端各一分"。（《葛洪时后备急方》）

尸厥：刺任脉玉泉（中极）一穴……针入三分，次针足太阴经隐白二穴……针入三分，更兼两胁下熨之。（《针经摘英集》）

厥逆：人中、腔中、百会、气海。（《类经图翼》）

经验选要

湖南宁乡中医院针灸科，以针灸治疗一氧化碳急性中毒病人58例，轻症刺人中、承浆、少商、印堂，重症加刺素髎、中冲、少冲、颊车、涌泉，灸神厥、气海、百会，并推拿颈、肩、腋窝、肘窝等。结果立即甦醒48例，其余均在半小时或数小时后复苏（浙江中医杂志（5）:25，1959年）。

苏祖望应用针刺治愈1例一氧化碳中毒后遗症。该病人，于煤气中毒，经15天治疗脱险出院。10余日后突然行不识途，二便失禁，步态不稳，痴呆不识亲属。取穴以大椎为主穴，配人中、百会、太渊、太溪（补），足三里（泻），均留针30分钟。7天为1疗程，第3疗程起加关元，共针25天而获痊愈（河北中医(3):48　1986年）

评述

针灸明确用于急性一氧化碳中毒的抢救的报道开始于60年代初。就所积累的资料来看，针灸对中度中毒及重度中毒的昏迷初期，颇为有效，对于昏迷后期的危重病人，在其他措施的配合下，亦可取得一定的效果。近年来，针灸还用于一氧化碳中毒的后遗症治疗，尽管多为争案，但也证实有较好的效果。

为充分验证针灸的确切效验，曾进行急性一氧化碳中毒的实验动物（家兔）作针刺对照观察。结果发现，针刺治疗组家兔昏迷的时间较之不针刺的对照组缩短2/3以上，而血液中一氧化碳含量，针刺15分钟后也明显低于不针刺组。表明针刺确有促使清醒和清除血液中一氧化碳含量的作用。针灸方法简便安全，值得推广。

预防一氧化碳中毒十分重要，要加强宣传，普及预防煤气中毒的知识。用针灸治疗时，还要根据情况采取各种其他有效措施，如呼吸停止，应即作人工呼吸。必要时吸入

氧气。昏迷后期病人，还须积极采取减轻脑水肿、肺水肿，减少脑组织耗氧（冬眠疗法）以及补充脑细胞代谢所需的药物等措施。另外，保持呼吸道通畅，也甚为重要。

张仁

第七章　传染病

由某种特殊的病原体而引起的具有传染性的疾病统称传染病。它的基本特征是：①具有特殊的病原体，②具有传染性，③具有季节性、流行性、地区性，④有一定的潜伏期，⑤有特殊的临床表现。中医学对传染病的致病因素基本上分外感湿、温热疫毒和内伤饮食、湿、瘀两类。由于感受疫邪的程度有轻有重，机体的抗病能力有强有弱，不同的传染病各有其不同病因，其临床表现也各不完全相同，因此必须辨病与辨证相结合，特别要注意掌握个别传染病所特有而足以确诊的症状与体征。例如：破伤风的牙关紧闭，麻疹的"麻疹粘膜斑"，脑膜炎的颈项强直，疟疾的寒热往来，丝虫病的乳糜尿等，均可作为临床诊断的启示。传染病临床表现有急、慢之分，急性多为外感疫毒，多属于温病范畴，可用营卫气血辨证，慢性多为虫食内伤，可用脏腑辨证。传染病的治疗是综合性的，病因治疗固然重要，但提高人体抗病能力和减轻因强烈病理反应对人体造成损害的对症和支持疗法亦不可偏废。针灸对传染病虽不能直接治疗病因，但至少对提高人体抗病能力和对症治疗、减轻病理反应具有一定作用，针灸治疗急、慢性传染病首先要在辨病的前提下进行辨证施治。湿热郁结者，法当清热利湿；热入心包者，法当清营开窍；寒湿者，法当温中燥湿；水湿停滞者，法当通阳利水，瘀血内阻者，当祛瘀通络、攻积软坚；肝肾两虚者，法当补益肝肾；气血两虚者，法当益气生血；急性者再见表证应给以解表，慢性者多数虚中夹实，治宜标本兼顾。

黄羡明

第一节　病毒性传染病

一　流行性感冒

流行性感冒简称流感。是一种流行性感冒病毒所引起的呼吸道传染病。流感不受季节限制，一年四季均可发生。其传染源主要是患者和隐性感染者。由于流感病毒存在于病人或隐性感染者的鼻涕、口涎、痰液等分泌物中，所以其传播途径主要是借空气、飞沫

传播。传播速度和广度与人口的拥挤程度有关。间接传播的机会较少，但与污染的食具亦有一定的关系。平时为散发；因传播较迅速，有时易发生流行及世界大流行。临床上以起病急，病程短（3～4天），全身症状如发热、衰竭，周身酸痛乏力等中毒症状较重，而呼吸道症状较轻为其特征。

其诱因则是在受凉、淋雨、过度疲劳、体弱及全身或呼吸道防御功能低下时，原已存在于上呼吸道的或从外界侵入的病毒或细菌就可迅速繁殖而引起本病。

祖国古代医籍，虽然缺乏对于流感的明确论述，但在汉代张仲景著的《伤寒论》太阳、阳明、少阳症候中论述，似乎已说明流感类疾病的存在。近代祖国医学家关于热病温病等专门著作中，临床论证更为详尽。

根据发病情况不同，可作如下区分。感冒轻者，称为“伤风”；重者，称为“重伤风”。如果病情较重，且在同一个时期内广泛流行，不分男女老幼，证候相类似的，称为时行感冒。

病因病机

感冒由于四季气候的变化和病邪的不同，或由于体质的强弱、感邪的轻重，临床上常将感冒分为风寒和风热两大类型。不论风寒还是风热，均是在人体虚弱、抵抗力低下、气候骤变、寒暖失常、肌表对寒暖之调节失司、卫气不固之时，六淫之邪乘虚而入所致；若风寒犯人，束于肌表，腠理闭塞，阳气郁阻，肺气失宣者发病；若风热袭人，则腠理疏泄，热邪灼肺，肺失清肃亦可发病。

现代医学认为，本病病原体为流感病毒，属正粘病毒，一般呈球形颗粒，直径约80～120纳米，分为甲、乙、丙三型，甲型又分若干亚型，三型间抗原结构不同，无交叉免疫，亚型间抗原结构亦有不同。流感病毒侵入呼吸道粘膜的上皮细胞内，并在其中复制繁殖传播，使粘膜充血、水肿，细胞变性、坏死，脱落形成局部炎症，并可造成继发性细菌感染。少量病毒可侵入淋巴组织进入血循环，引起明显全身中毒症状。

临床表现

1.典型感冒：急起畏寒高热，显著乏力，头痛身痛，咽部干痛，胸骨下烧灼感，多无鼻塞流涕。可有鼻衄，腹泻呈水样便。急性热病面容，面颊潮红，结膜外眦充血，咽轻度充血，肺部可闻及干鸣。发热多于1～2日内达高峰，3～4日退热，但乏力可持续1～2周以上。

2.轻型流感：起病急，发热不高，全身与呼吸道症状都较轻，病程2～3日。

3.流感病毒肺炎（肺炎型流感）：主要发生于老年、幼儿或较重慢性心、肺、肾与代谢性疾病的患者，以及免疫抑制剂治疗者，初起如典型流感，1～2日后迅速加重，高热、衰竭、剧咳、血性痰，继之呼吸急促、发绀，两肺满布湿罗音，而无肺实变征。X线检查，两肺弥漫性结节性阴影，近肺门处较多，周围较少。痰培养无致病菌生长，而易分离出流感病毒，抗生素治疗无效，部分病人于5～10日内发生呼吸与循环衰竭而死亡。

血白细胞总数正常或减小。在流感病毒肺炎虽无继发细菌感染时，白细胞总数与中

性粒细胞也多增高，核左移。血沉正常或增高。

辨证施治

1.风寒感冒证：

主证：发热轻，恶寒重，头痛，四肢酸痛，鼻塞流涕，喉痒，咳嗽，吐痰清稀，无汗，舌淡、苔薄白，脉浮紧。

治则：疏风散寒，宣肺解表。

处方：列缺（－）（双） 风门（－）（双） 风池（－）（双） 合谷（－）（双）

穴方简释：列缺是手太阴肺经的络穴，它可宣肺解表；太阳主一身之表，取足太阳经之风门穴，可疏通太阳经气，散风寒解表郁而治恶寒发热，头痛肢楚；风池是足少阳、阳维脉之交会穴，阳维主阳主表，取风池可疏风解表；合谷是手阳明大肠之原穴，大肠与肺互为表里，取之可祛风寒而解表。四穴共奏疏风散寒，宣肺解表之功。

操作方法：毫针浅刺，用泻法；体虚者，用平补平泻，并可加灸。

2.风热感冒证：

主证：发热重，恶寒轻，头胀痛，鼻干咽痛，咳嗽痰稠，口渴欲饮，舌质红、苔薄黄，脉浮数。挟暑湿，则发热较高，有汗而热不解，身重倦怠，口渴，小便短赤，舌苔黄腻，脉多濡数。挟燥，则发热，微恶风寒，头痛干咳，咽干口燥，烦热口渴，舌红、少津，脉细数。

治则：宣散风热，清肃肺气。

处方：大椎（－） 曲池（－）（双） 合谷（－）（双） 鱼际（－）（双） 外关（－）（双）

操作方法：浅刺用泻法。挟暑湿，加曲泽（－）（双）、委中（－）（双）、阴陵泉（－）（双）、足三里（－）（双）；挟燥者，加太溪（＋）（双）、照海（＋）（双）。

穴方简释：督脉为阳脉之海，大椎是督脉经穴，又为诸阳之会，取之可疏散阳气而解热；肺与大肠互为表里，取大肠经的合穴曲池，原穴合谷，具有泻肺火，利咽止痛的作用；外关是手少阳之络穴，它通于阳维，可疏散在表之阳邪而解热。五穴合用，以达到宣散风热，清肃肺气之目的。对于风热挟暑湿者，用三棱针点刺手厥阴经之合穴曲泽与足太阳经之合穴委中出血，能促使暑邪外泄；刺脾胃经之合穴阴陵泉、足三里可健脾除湿。太溪是肾经之原穴，照海同是肾经穴，又是八脉交会穴之一，它通于阴跷脉，对于挟燥者，针刺太溪、照海可滋阴润燥。

其他疗法

1.水针：取风池、定喘、曲池、尺泽（均为双侧），每日1～2次，3～5天为一疗程。每次选用一穴，交替使用。每穴左右各注射维生素B或当归液0.3～0.5毫升，或板蓝根液2毫升。

2.耳针：取肺、气管、内鼻、咽喉、扁桃体、额，每次选用2～3穴，交替使用，

中强刺激，捻针1～2分钟，间歇留针30～60分钟。

3.梅花针：对于发热、身痛、汗不出者，沿足太阳膀胱经由上向下扣行3～5遍。

文献选录

"振寒洒洒，鼓颔，不得出……取太阴。"（《灵枢·寒热病》）

"肺热病者，先凄凄然厥，起皮毛恶风寒……刺手太阴、阳明。"（《素问·刺热论篇》）

"太阳病，初服桂枝汤，反烦不解者，先刺风池、风府。"（《伤寒论》）

"伤寒在表，发热恶寒，头项痛，腰脊强，无汗，脉浮，刺合谷。"（《针刺节英集》）

"发热时行，陶道复求肺俞理。"（《百症赋》）

经验选要

有人报道针刺治疗流感373例。患者主要临床表现为急性发热，剧烈头痛，全身酸痛无力等。针刺治疗：体温在38.1℃以上者，取大椎、合谷（双）、足三里（双）；体温在38℃以下者，取大椎、合谷（双），均用强刺激，不留针。针感要求刺大椎至腰部；刺合谷至肩部；刺足三里麻至趾部。每日针治1次，一般只针1次，少数患者针2～3次。全组病例于针后24小时退热者198例，占53.1%；48小时退热者108例，占29%；72小时退热者16例，占4.3%；未测体温者51例，占13.6%，但24小时后随访，均自觉症状消失，恢复正常工作。

（田从豁主编《针灸医学验集》，科学技术文献出版社1985年版）

评述

流行性感冒是由流感病毒引起的有强烈传染性和流行性的急性传染病。其病发生甚急，传播甚快，全身有明显的中毒症状，对劳动人民健康威胁很大。婴幼儿、老年人和素有慢性病或体质虚弱者患之尤易，且可能发生肺炎等合并症，则危害更大。在本病大流行时，人群集居处发病率较高。国内外往往造成地区大流行。据临床观察，一般单纯性流感采用针灸治疗，其解热作用和缓解临床症状的疗效尤为突出。但对合并肺炎型和中毒型患者，应采用综合性治疗措施，而针灸对缓解症状方面仍可起到辅治作用。

针灸对流感，不仅有较好的治疗效果，而且有较高的预防作用。有人用针刺预防流感818例，均为流行地区的健康人，针刺一侧足三里，施用补法，使针感达于足背，每人只针1次，均未发生流感。说明足三里则有加强体质，抗御传染流感病毒的预防作用。

为了控制流感的流行，一定要重视对本病的预防和早期治疗。从文献记载和临床观察，针灸治疗一般普通感冒和流行性感冒，均有很高疗效。一旦流感发生时，要提高警惕，注意重视和加强推广针灸对流感的预防和早期治疗，以杜绝其流行的扩大。

邵经明　邵素菊

二　流行性腮腺炎

流行性腮腺炎是一种由核糖核酸（RNA）型的副粘病毒所引起的，以腮腺肿痛为主症的急性传染病。其特征是腮腺为非化脓性肿胀，疼痛发热。儿童多发，成人较少，但病情较重，可并发睾丸炎、卵巢炎和脑膜脑炎。患本病后可获终身免疫，全年皆可发病，冬春两季多见。腮腺炎病毒很少变异，对物理化学因素的作用很敏感，极易被稍高的温度或药物杀死。因此，只有在人群密集处或儿童机构如小学、幼儿园易暴发流行。

中医称本病为“痄腮”、“蛤蟆瘟”、“含腮疮”、“鳗鲡瘟”等，认为是时行温病之一。气候失常能导致疾病流行。

病因病机

中医认为，本病是由风温邪毒所致，邪毒通过飞沫从口鼻而入，阻滞于少阳经络，郁结不散，足少阳之经绕身而行，故表现为两耳下腮部漫肿坚硬作痛。其病变在两耳下腮腺腺体及其周围组织显著充血，肿胀及水肿，引起非化脓性炎症的病理变化。少阳与厥阴相表里，足厥阴之脉绕阴器，若邪毒传至足厥阴肝经，则较大的患儿可并发睾丸炎或卵巢炎。若温毒炽盛，迫窜厥阴，内陷心包，则并发脑膜脑炎，可见高热、嗜睡、项强，甚至出现昏迷或惊厥。

现代医学认为，本病是由腮腺炎病毒引起的，通过病人的唾液、鼻咽分泌物与污染的食物食具侵入人的口鼻粘膜进入机体到达腮腺和其他器官，对腮腺有特别亲和力，因此，首先表现为腮腺发炎。也有人认为病毒侵入口鼻粘膜后，造成两次病毒血症，所以临床上可以见到在腮腺未肿大之前有脑膜脑炎或睾丸炎的发生。主要病变为腮腺体及其组织充血、水肿，腺管周围及间质中结缔组织增生、大量炎症细胞渗出。腺管水肿，并有上皮细胞坏死脱落，使唾液不易排出。

临床表现

潜伏期2～4周，多数无前驱症状；少数可有疲倦、食少纳差、呕吐、低热等前驱症状。起病多急，腮肿出现最早，头疼咽疼，食欲不振。发热一般在37～39℃之间，偶可达40℃以上和有脑膜刺激征，成人症状较儿童为重。腮腺肿大初起多为一侧，1～3天可达到高峰，可波及对侧，肿大的腮腺边缘不清有弹性感，轻度触痛，表面皮肤发亮，发热但不红，不化脓，周围蜂窝组织可呈水肿，腮腺因被上举而使患者呈特殊面貌，腮腺管肿胀影响了唾液排出，食酸甜食物或张口时疼痛加重。腮肿持续4～5日后逐渐消退，全程1～2周。颌下腺也可肿大，如肿大过甚可压迫下面的淋巴管而致胸前水肿，舌下腺受累肿大时可舌肿，颈肿致吞咽困难因而病程相应延长。

不典型的病例仅见颌下腺肿，舌下腺肿或单纯睾丸炎、脑膜脑炎而无腮腺肿大。

腮腺肿大3～4天，突然上腹剧痛和触压痛，伴呕吐、发热、腹胀、腹泻或便秘，常有胰腺炎可能发生。在肿大腮腺开始消退时，又突然寒战高热，睾丸胀坠压疼质硬、

阴囊水肿、需考虑睾丸炎发生，约占成人男性患者14～15%。若腮肿伴有头痛，嗜睡、呕吐、脑膜刺激征阳性，脑脊液压力增高，其中细胞数轻度增加，则为脑膜脑炎。

辨证施治

1.风温痄腮证（轻型）：

主证：畏寒发热，头痛、耳下腮部酸痛，张口及咀嚼不便，继之一侧或两侧腮部肿胀疼痛，边缘不清，精神为常，舌苔薄白或微黄，脉浮数。

治则：疏风清热，通经活络。

处方：风池（－）　液门（－）　合谷（－）　外关（－）（双）　翳风（－）　颊车（－）

穴方简释：风池为足少阳、阳维之会，能祛风热、解时毒；翳风为手足少阳之会，能宣通少阳之经气；颊车为足阳明之穴，可疏导阳明，宣行气血；配液门手少阳之荥穴，使起疏泄少阳三焦气火作用，即是"荥俞治外经"的取穴原则；外关疏三焦壅热，通经络之气滞；取手阳明之原穴合谷，宣行阳明之气，疏泄阳明之邪热。病邪得泻，少阳、阳阴之壅滞得之宣泄，故能收到较好疗效。

操作方法：均用泻法。

2.温毒痄腮证：

主证：恶寒高热，头痛，烦躁口渴，食欲不振，或伴呕吐，腮部漫肿，灼热疼痛，坚硬拒按，咽喉红肿，吞咽咀嚼不便，大便干结，小便短赤，舌质红、苔薄腻而黄，脉象滑数。

治则：疏风清热，解毒消肿。

处方：上方加曲池（－）　丰隆（－）

穴方简释：在上方疏风清热，疏通经络的基础上，加曲池宣通阳明之气，疏泄阳明之邪热壅塞；加丰隆以清降痰火之壅郁，使热毒得泄，肿痛可消。

操作方法：均用泻法，强刺激。

3.痄腮引睾证：

主证：多发生于12岁以上的儿童或成人。腮肿后一周出现突然高热、寒战、睾丸肿大疼痛，也可影响阴囊发生水肿。大部分病人可在1天左右消肿。严重病例可使睾丸萎缩，但多数不致影响生育。

治则：清泻肝热，消肿止痛。

处方：治风温痄腮方加太冲（－）　三阴交（－）　血海（－）

穴方简释：在上方疏风清热，疏通经络的基础上，加太冲为足厥阴之原穴，三阴交为足三阴之交会穴，亦足厥阴经脉所过，此两方有疏导足厥阴经气作用。泻血海有行血通瘀作用。共奏清泻肝热，消毒止痛之效。

操作方法：均用泻法。

4.痄腮惊厥证：

主证：多见于儿童。一般并发于腮腺肿胀后1周内，出现高热、头痛、呕吐、嗜睡、脑膜刺激征、惊厥等。经治疗多于起病后十余天内痊愈，很少有后遗症。

治则：清热开窍，平肝熄风，除痰定痉。

处方：十宣（－）　合谷（－）　太冲（－）　阳陵泉（－）　水沟（－）　大椎（－）（双）。

穴方简释：取水沟通调督脉，以开窍醒神。大椎为诸阳之会，能解诸阳经之邪热。合谷、太冲配合，古称“四关穴”有开窍清热，平肝，熄风，镇惊之功。十宣配水沟不但能开窍，且能泻诸经之邪热。阳陵泉为筋会，可舒解筋脉之挛急。

操作方法：毫针浅刺，疾出不留，用泻法或三棱针刺出血。

其他疗法

1.耳针：取腮腺区、面颊、神门、皮质下、内分泌、耳轮穴，可针刺或药物籽按压，每日1次。

2.激光针：取颊车、翳风、合谷、外关、天容，每次2～4穴，每穴5分钟交替运用。

3.灯芯灸：用灯芯草蘸植物油点燃，迅速触点患侧角孙穴，以发出清脆爆竹声为准，每日灸治1～2次。或触点虎口下许手背微窝处，左患治右，右患治左。

4.皮肤针法：第1～7颈椎距中线旁开1寸的平行线或胸1～4椎夹脊及腮腺肿胀局部取穴，常规皮肤消毒后由上向下叩刺，每条线叩击3～5遍，1日1次。

5.阿是穴法：对阿是穴周围刺提插法，轻者不留针，重者留针20分钟以消肿散结。

文献选录

“侠谿，和髎，颊车治颔颊肿，少商治腮颔肿。”（《针灸资生经》）

“颐颔肿，阳谷，腕骨，前谷，商阳，丘墟，侠谿，手三里。”（《针灸大成》）

“风池、大杼、曲池、天井、外关、合谷、液门治腮腺炎。”（《中国针灸学》）

经验选要

1.8例重症流行性腮腺炎，针刺翳风、颊车、合谷三穴，均用泻法，每次留针20～30分钟，体温2～3日下降，5～7日降至正常，同时腮腺肿大消退。（1963年）

2.少商放血为主，同时针刺合谷、翳风，每日1～2次，一般2～5日后腮腺肿胀消退，共治140例获得满意效果。（1975年）

3.用灯芯灸治1236例流行性腮腺炎，其中一次治愈者950例，二次治愈者228例，无效者58例。（《针灸医学验集》）

4.洪广槐用痄腮穴（耳垂下3分处）、颊车、肩井、合谷治疗27例腮腺炎，一侧肿大取一侧，双侧肿大取双侧，每日1～2次，强刺激手法，留针15～30分钟，每3～5分钟捻针一次，均于3日内治愈。（《针灸杂志）1966.1）

评述

本病由流行性腮腺病毒所引起，直至目前现代医药却对病毒所引起的疾病，尚无针

对性疗效好的药物，只是作些对症处理。千百年来中医却对本病积累了丰富、疗效独特的整套治疗方法。如中医药的辨证施治、针灸分型治疗、皮肤针、耳针、单验方等。近年来耳穴压籽与激光针的运用，无损皮肤，更易为患者所接受。特别是针灸治疗更是见效快，疗效高。如1965年5月中医研究院针灸研究所总结的9例中，全部治愈，一般只针3～4次。若针刺治疗与内服中药加之外用单验方配合治疗。收效则可为迅速。

治疗急性期宜呼吸隔离、卧床休息至肿胀消退后为止。并注意口腔卫生，进流质或半流质饮食，禁食酸辣等刺激性食物，供给足量水分。冷敷或热敷肿胀部，以减轻疼痛。用杜贝儿氏溶液或1%双氧水漱口，每日5～6次。一般病例，仅需对症处理。

王秋阳

三　病毒性肝炎

病毒性肝炎，是肝炎病毒引起的急性消化道传染病。在我国流行的肝炎病毒多为甲型（RNA）和乙型（DNA），另一种非甲非乙型也有病毒携带状态，不容忽视。

甲型肝炎多数是流行或暴发流行，发病高峰一般在秋季与冬初。其传播途径主要通过粪-口，日常生活接触及食物被污染在传播中占重要地位。主要患者为10岁以内的儿童，在幼托机构及农村中最为常见，14岁以上随年龄增长，发病率明显下降。

乙型肝炎，多数表现为散发，发病无明显季节性升高，发病年龄多为学龄前至青少年，并易带毒或发展成慢性肝炎及肝硬化。其传染源是乙型肝炎患者和HBsAg携带者，一般通过输血，注射血制品、移植、针刺以及创伤等途径传播。

非甲非乙型肝炎，目前尚无特殊检查病原的方法，其临床过程大致与乙型肝炎相似。传播途径主要通过输血。

病毒性肝炎临床分急性（黄疸型与无黄疸型）、慢性（迁延性与活动性）和重症肝炎三种。重症肝炎预后凶恶，病死率高达70%以上。迁延性和活动性均由乙型肝炎引起，也可由非甲非乙型肝炎引起。我国诊断为迁延性肝炎的时间，定为6个月，在诊断上很难与活动性肝炎相区别。

中医学素无病毒性肝炎的病名，类似本病的症状在古代医籍中早有“瘅病”等记载，一般将急性黄疸型肝炎纳入黄疸中的阳黄范畴，对病情险恶者称“急黄”，并认识与天行疫疠之邪有关，故称之谓瘟黄。无黄疸型肝炎则纳入胁痛、肝痕等范畴；慢性肝炎多属于阴黄、胁痛、征积等病证范畴。

病因病机

中医学认为，本病致病因素不外乎外感与内伤两类。外感是指直接感受疫毒、湿热等外邪。内伤与酒食过度、饮食不节和情志不悦等因素有关。由外感引起的多为急性黄疸型或无黄疸型病毒性肝炎，皆由于湿邪侵袭体内，郁而化热，凝结脾胃，熏蒸肝胆，迫使胆汁不循常道，浸渍面目，溢于肌肤所致。重症肝炎，是热毒内攻，伤及营血、内陷心包所致。由内伤引起多见于慢性肝炎（包括迁延性与活动性）多数与肝胃（脾）不

和，气滞血瘀有关，是病久正虚、病邪留恋所致。

现代医学认为本病发病机理当侵入肝内的病毒，一方面作用于毛细血管壁，使血管壁渗透性增高，并使血窦内皮细胞增殖。一方面通过血管壁进入肝细胞，引起肝细胞肿胀以至坏死，甚至溶解。现在进一步发现病毒性肝炎的组织损害，并非肝炎病毒与肝细胞繁殖复制的直接结果，而是通过一系列免疫反应而形成的。因此，一些特异性的体液免疫反应的检测，可作为本病的诊断、转归和评定疗效的依据。

临床表现

本病潜伏期甲型一般为2～6周，乙型为6周～6个月，非甲非乙型为18～160天。

1.急性黄疸型肝炎：

黄疸前期：多表现为食欲减退，恶心呕吐，厌食油腻，腹胀腹泻，右胁痛；部分伴有发热，甚至高热；有的可出现关节痛或皮疹。

黄疸期：巩膜、皮肤黄染，肝肿大在肋下1～3厘米，有压痛或叩击痛。约1/4病人可扪及脾脏，肝功能有损害，大便可呈粘土色。

恢复期：症状与体征逐渐消失，肝功能恢复正常，一般需时2周至4个月，可遗有上腹不适、食欲不振等症状。

2.重症肝炎：多为暴发型，有发热、乏力，恶心呕吐，黄疸迅速出现并逐日加深，肝功能迅速恶化。有明显出血倾向，甚至可出现腹水、下肢浮肿等症状。并易发展到烦躁不安、昏迷、嗜睡、谵语、抽搐，甚至因肝肾功能衰竭而进入昏迷状态。

3.急性无黄疸型肝炎：远比黄疸型多，约占全部肝炎病人的90％以上。起病缓慢，有乏力、低热、右胁胀痛、食欲不佳、腹胀、肝肿大等症状。也有无明显症状者，每易漏诊。

辨证施治

1.急性黄疸型肝炎：

(1) 湿热熏蒸：

主证：巩膜及皮肤黄染，其色鲜明为橘黄，发热口渴，神疲乏力，或右胁疼痛，脘腹饱满，厌食油腻，恶心呕吐。热重于湿者兼见口干且苦，尿少色黄或赤，大便秘结或粪色灰白。舌质偏红，苔黄腻，脉弦数。湿重于热者兼见低热或无热，头重身困，大便溏薄，小便不利。苔白腻或薄黄腻，脉濡数或弦缓。

治则：热重于湿，清热利湿、佐以泻下；湿重于热，利湿化浊，佐以清热

处方：肝俞（－）　胆俞（－）或阳纲（－）　丘墟（－）（双）

热重于湿，加曲池（－）、支沟（－）、大肠俞（－）（双）、大椎（－）或至阳（－）；湿重于热；加阴陵泉（＋）、腕骨（＋）、章门（－）（双）。

穴方简释：热为阳邪，当泻巨阳之经的肝、胆背俞与阳纲以清肝胆之郁热，配以三阳督脉之会的大椎或治黄疸验穴至阳，以泄阳热之邪；泻支沟、大肠俞，以理气止痛、清肠泻下。湿为阴邪，配脾经合穴阴陵泉和脾募章门，配以小肠经原穴腕骨为伍，以助

健脾利湿退黄之功。

操作方法：针刺手法在得气后可用提插捻转补泻法。热重者不必留针，湿重者留针30分钟。

疗程：每日治疗1～2次，相隔6～8小时，6次为一疗程。

(2) 热毒内陷（重症肝炎）：

主证：高热口渴，烦躁不安，黄疸迅速加深，胸腹胀满，大便秘结，尿少色赤。甚者，瞬即神昏谵语、四肢抽搐、衄血、便血或皮肤斑疹。舌质红绛、苔黄而燥。脉弦滑而数。

治则：清热救阴，泻血泄毒。

处方：中冲（－）或劳宫（－）　少冲（－）或少府（－）　十宣（－）（双）水沟（－）　百会（－）

酌情配以曲池（－）、陷谷（－）、八阳交（－）、行间（－）。

穴方简释：泻督脉、水沟、百会以泄阳邪，点刺中冲、少冲、十宣泻血以泄热毒，或泻厥阴与少阴之荥穴劳宫、少府以清心火，配手足阳明之曲池、陷谷和阳维之郄阳交，肝经荥穴行间以清泄阳明与肝胆之热邪。

操作方法：针刺手法点刺放血，其他穴位进针得气后疾进疾出，不留针。

疗程：每日治疗3～4次，每次间隔8～6小时，3天为一疗程。

2.无黄疸型肝炎：肝胃（脾）不和所致。

主证：右胁胀痛，胸闷腹胀，神疲乏力，食欲不振，口中粘腻而味淡，嗳气泛恶，大便不实或泄泻。舌质淡红、苔薄白腻，脉弦。妇女常见月经不调。

治则：疏肝和胃，健脾利湿。

处方：脾俞（＋）　胃俞（＋）　阴陵泉（＋）　足三里（＋）　章门（＋）（双）

酌情配以内关（－）、太冲（－）（双）。

穴方简释：遵循仲景见肝之病，和肝传脾，当先实脾的理论，宗培土御木法。以补益脾胃为主，取脾胃的背俞穴和胃经合穴足三里、脾经合穴阴陵泉、合治内腑，表里相配，以收健脾利湿、和胃化浊之功。泻阴维相通的内关和肝经原穴太冲以疏泄肝气。

操作方法：进针得气后用提插捻转补泻法，留针20～30分钟。脾俞与胃俞出针后加用艾条重灸每穴5～10分钟。

疗程：间日治疗一次，12次为一疗程。一般2～3疗程。

3.慢性肝炎：

(1) 肝胃（脾）不和证：（参见无黄疸型肝炎部分）

(2) 气滞血瘀证：

主证：面色晦暗，右胁胀痛或刺痛，神疲乏力，形瘦纳少，大便不调，小溲黄，肝脾肿大，或见蜘蛛痣，舌质紫暗、苔白，脉弦细有力。

治则：疏肝理气，活血化瘀。

处方：肝俞（－）　膈俞（－）　血海（＋）（双）

酌情配以支沟（－）、阳陵泉（－）（双）。

穴方简释：根据五脏生理功能，肝藏血，脾统血，肝气郁滞则血行不畅，故泻肝之背俞穴肝俞，血之会穴膈俞，补脾经血海以活血止血，配以胆经合穴阳陵泉和三焦经支沟疏理少阳气机。

操作方法：进针得气后，用提插捻转补泻手法，留针15～30分钟，留针期内可运针1～2次。

疗程：间日治疗一次，12次为一疗程。

（3）气阴两亏：

主证：右胁隐隐胀痛，头晕乏力，寐艰多梦，烦躁易怒，手足心热，或身有低热，纳少神疲。舌质红、苔少或光，脉细数无力。

治则：益气健脾，调血补肝。

处方：守门（＋）　期门（＋）（双）　气海（＋）

酌情配以三阴交（＋）、太冲（＋）、太谿（＋）（双）。

穴方简释：灸气海以益下元，补脾募章门、肝募期门、脾经三阴交和肝经原穴太冲，以健脾运、调肝血，补肾经原穴太谿取滋水涵木之意。

操作方法：进针得气后用提插补法，留针20～30分钟。

疗程：间日治疗一次，12次为一疗程，2～3疗程。

其他疗法

1.水针

（1）急性黄疸型肝炎（包括重症肝炎）：取肝俞、胆俞、中都附近压痛点、胆穴（均双侧），每日1次，每次选用1穴，每穴左右各注射茵栀黄注射液或田基黄注射液1毫升。3周为一疗程。重症肝炎每次选用2穴，每穴左右各注射1毫升。

（2）无黄疸型肝炎：取肝俞、脾俞、足三里、中封（均双侧），每日1次，每次选用1穴，每穴左右各注射茵陈甘草注射液1毫升。20次为一疗程。

（3）慢性肝炎：分两组取穴，①肝俞、胆俞，②肝俞、胃俞，均双侧，用复方当归注射液或板篮根注射液，交替进行，每日1次，每穴左右各注射0.5毫升。12次为一疗程。

2.耳针：取肝、胆、脾、胃（均双侧），酌情配以肝区痛-神门，腹胀-大肠，失眠-心、皮质下。急性期每日1次，1周为一疗程；慢性期，间日1次，2周为一疗程。针刺手法急性期用泻法，留针1小时，慢性期用平针法，留针30分钟，也可用皮内针埋针，3～4日更换1次。

3.穴位埋线：取期门（右）、中都附近压痛点（右），穴位皮肤消毒后，进行局麻，然后将1～1.5厘米长的零号医用羊肠线用消毒的三棱针将线埋于穴位内，深约1厘米。操作必须严格无菌，本法适用于治疗慢性肝炎。

文献选录

1.黄疸：百劳、腕骨、足三里、涌泉、中脘、膏肓，大陵、劳宫、太谿、然谷、复留、中封、太冲、脾俞。（《针灸大成·肿胀门》）

2.胀满不能食，黄疸，脊中。（《针灸甲乙经》）

3.脾疸口甘病，取脾俞、阴陵泉。急黄，灸巨阙五七壮。瘟疫六七日不解，以致热入血室，发黄身如烟熏，目如金色，口燥而热结，砭刺曲池出恶血，刺曲泽出血。（《针灸逢元》）

4.黄疸四肢俱肿，汗出染衣，取公孙、至阳、百劳、腕骨、中脘、三里。（《针灸大全》）

经验选要

邱茂良等，针刺治疗急性黄疸型病毒性肝炎111例，分针刺组（足三里、阳陵泉、行间为主穴）与对照组（口服维生素B_1和B_6复合片），针刺组治愈102例（占91.9%），对照组（23例）治愈12例（占52.2%），两组疗效经统计学处理$P<0.001$。按中医辨证，66例热重于湿者，治愈64例（占97%）。45例湿重于热者，治愈35例（84.4%）。90%左右患者的症状在1周内恢复正常；86.3%患者的巩膜及皮肤黄染在2周内消退。（上海针灸杂志（2）1，1983年）

赵吉民，用针刺治疗急性黄疸型肝炎400例，分针刺与中药两组对照。HBsAg（+）者以大椎和腹股沟淋巴结为主，HBsAg（－）者以肝俞、胆俞、脾俞为主，中药组用茵陈蒿汤。治疗结果，针刺组治愈率为98.5%，中药组治愈率为92.8%。HBsAg转阴率：针刺组为132/141，中药组为6/8。临床症状与体征平均消失天数，针刺组优于中药组。（1985年）

钟英，用中封、后豁两穴为主，治疗儿童急性肝炎125例，近期显效者占67%，远期显效者占88%。黄疸消失平均8～9天，麝香草酚浓度和硫酸锌浓度等60%患者在2周内恢复正常。

评述

急性黄疸型肝炎，中医辨证多属实证、热证，慢性迁延性肝炎多属虚中夹实证，审证既确，就应守方使用，可以随证加减，但不宜因患者要求速效，而常改弦易辙。

黄疸型肝炎的治则，多以清热利湿退黄为主，补肝为辅，无黄疸型肝炎则以疏肝解郁，健脾和胃为主，慢性肝炎由于病程较长，气病及血，常因气滞血瘀而见肝脾肿大，以虚热证为多，治宜行气活血化瘀，兼补肝肾以扶其正。急、慢性肝炎往往累及数多脏腑（肝、胆、脾、胃及心、肾），治疗时要邪正兼顾，补泻并施。特别要注意有些重症肝炎常表现为精神萎靡、极度无力，倦卧不语，全身肤色晦暗，脉弦大有力，舌质嫩红、苔黄腻，为阳极似阴之证，不能作阴黄治，仍应用清热解毒法。但此病危重，病死率可高达70～90%，需采用综合措施抢救，不可单用针灸治疗。

本病传染源，主要为病人和带病毒者，特别是乙型肝炎（无黄疸型）不易被发现，活动范围很广。防止本病传染，搞好水源、饮食卫生是预防的重要措施之一。对急性与活动性肝炎患者，必须严格进行隔离，其时间自发病时算起，一般不可少于6周。对肝炎患者接触的药杯、餐具、注射器和针灸用具均应严格消毒。

实验研究初步证明，针刺前后IgG、IgM和白细胞粘附抑制试验以及活性花环、Tr

与Tn淋巴细胞与对照组相比均有显著性差异，说明针刺治疗本病可以调整或提高机体免疫状态，增强与健全T细胞功能，从而促进肝细胞的新生。

黄羡明

四 脊髓灰质炎

脊髓灰质炎，是由病毒引起的急性传染病，一年四季都可发病，发病率以夏秋季最高，多见于1～5岁儿童，且瘫痪发生率高，故又称小儿麻痹症。近年来成人的患病有上升趋势。其传播是由患者的飞沫或粪便污染物经口传染。因此，密切接触患者或食物水源的污染，及苍蝇的传播，可造成流行。临床的特征为发热（双峰热）、咽痛、肢体疼痛、多汗及呼吸道肠道症状，患者可发生弛缓性瘫痪。

中医学中无脊髓灰质炎的病名，根据症状，前驱期属温邪束表证，瘫痪期则属温热病、痿疫、软脚瘟、痿症的范畴。

病因病机

中医认为本病多由温热疫邪引起。病邪自口鼻侵入人体，首先出现发热、咳嗽、咽红或呕吐、腹泻等。继而流注经络而痹阻不畅、气血失调，则见肢体疼痛等症。湿热蕴蒸肺胃，阳明津液亏损，生化乏源，百脉空虚，宗筋失用，而致肌肉松弛萎缩、筋骨痿软无力，同时津液枯涸，引起肝炎滋涵、肾精亏损，筋、骨均失其养，则导致筋软肢痿、弛纵不收。故本病不同于一般温邪袭肺或暑湿壅阻肠胃，而是肺、胃、肝、肾四经受病，肌肉、血脉、筋骨三者受损，病情较为复杂。如果邪毒闭塞肺络，可见呼吸微弱不畅等肺气闭塞现象。肺气不宣，聚液成痰，上壅气道，窒塞咽喉，而出现吞咽困难。如内窜厥阴，则见嗜睡、昏迷、抽搐、项强。

现代医学认为，本病机理是脊髓灰质炎病毒由肠道粘膜侵入，在消化道及其淋巴结中繁殖，进入血循环，引起病毒血症，出现前驱症状。病毒可随血液侵犯中枢神经系统，也可直接侵犯神经系统，使神经细胞变性、坏死、充血、水肿，到晚期则病变区神经细胞稀少、萎缩，代之以小胶质细胞。病理变化主要在脊髓前角，尤以颈段及腰段为甚，其次为延髓的前庭核、颅神经运动神经核及网状结构。

临床表现

本病的典型病程可分为前驱期、瘫痪前期、瘫痪期与恢复期。

1.前驱期： 出现发热、多汗、头痛、咽痛、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、嗜睡等上呼吸道和消化道症状。经1～4天后，热退症状消失，病程不再发展者，称为顿挫型。

2.瘫痪前期： 前驱期的体温下降后，经过1～6天又升高，形成双峰热，前驱期的症状加重，全身肌肉疼痛，拒绝触摸，颈强强直和背僵，弯屈时疼痛，可有肌束颤动。脑脊液可有改变。若患者发展到此期不再进行，称为无瘫痪期。

3.瘫痪期： 瘫痪前期的第3～4天，出现弛缓性瘫痪，缓慢加重，特点是分布不规

则，亦不对称，以下肢为多见，肌张力下降，腱反射减弱或消失，无感觉障碍，根据受累的节段与部位不同，可出现不同部位的肌肉瘫痪。颈段受累，可见上肢瘫；腰段受累，可见下肢瘫；另外还有延髓型与脑炎型，出现延髓与大脑受损的症状；颅神经受损，可表现为面瘫、吞咽困难，但临床上较为少见。

4.恢复期：热退后，瘫痪不再发展，肢体开始恢复功能。若1～2年后仍不恢复者，为后遗症期，出现肌萎缩，肢体畸形，脊柱前凸或侧弯，足马蹄内翻、外翻，手足下垂等症。

实验室检查：在瘫痪前期脑脊液白细胞数升高，为50～500/立方毫米，以淋巴细胞为主。但2～3周后，细胞数减至正常，而蛋白逐渐增高，呈“细胞-蛋白分离现象”。

辨证施治

1.邪犯肺胃证：

主证：发热，咳嗽，咽红，呕吐，腹泻，肢体疼痛、继而萎弱无力，苔薄黄，脉细数。

治则：祛风解表，清胃宣肺。

处方：大椎（－）　曲池（－）双　合谷（－）双　列缺（－）双　鱼际（－）双　外关（－）双　足三里（－）双

穴方简释：曲池、合谷，为手阳明经之原、合穴，与手太阴经相表里，有清热散风作用；鱼际、列缺，为肺之荥；络穴，可宣肺解表利咽；大椎，为诸阳之会，解表退热之要穴；外关，为手少阳之络，通于阳维，可疏散在表阳邪；足三里，为胃经合穴，可清胃中邪热。

操作方法：列缺为斜刺，其他诸穴为直刺0.5～1.0寸，均泻法。

疗程：每日1次，5～7日为一疗程。

2.邪注经络证：

主证：再度发热，肢体疼痛而沉重，不能触动，继而肢体萎软或腹肌腰肌弛缓呈臌出状，兼见烦躁、嗜睡多汗，舌质红、苔黄腻脉濡数。

治则：清热利湿，疏通经络。

处方：曲池（－）　足三里（－）　阴陵泉（－）　三阴交（－）（均患侧）

穴方简释：曲池、足三里，为手足阳明经之合穴，具有清热通络作用；阴陵泉、三阴交，为健脾利湿之要穴。四穴协同共达清热、利湿、通调经络的目的。

操作方法：均为直刺1.0～1.5寸，用泻法。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

3.肝肾不足证：

主证：热退以后，肢体瘫痪，筋软肢痿，关节畸形，麻痹无力，舌淡，脉沉细。

治则：补肝肾，补气血，和脉络。

处方：肝俞（＋）　足三里（＋）　肾俞（＋）　腰阳关（＋）　绝骨（＋）　太溪（＋）　曲池（＋）　阳陵泉（＋）　（均患侧）

穴方简释：肝俞、肾俞、太溪，可补肝益肾；腰阳关、绝骨，补髓添精；阳陵泉，为筋之会，能疏调筋脉；足三里、曲池，属于手足阳明经，多气多血又主宗筋，《内经》有“治痿独取阳明”之说，故取之。

操作方法：直刺1.0～1.5寸，用提插捻转补法。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

4.肢体瘫痪：

（1）上肢瘫：取颈部夹脊肩井、肩髃、曲池、合谷、外关。举肩困难，用天宗、肩贞、臂臑；肘部屈伸不利，用曲泽、天井、少海、手三里；腕下垂，用养老、支正、阳池、中渚、八邪；手内旋外旋，用阳溪、后溪、四渎。

（2）下肢瘫：取腰夹脊足三里、梁丘、髀关、伏兔、阳陵泉、绝骨、三阴交。抬腿困难，用环跳、风市；膝关节屈伸不利，用鹤顶、犊鼻、承扶、委中；足下垂，用解溪、下巨虚；足内翻，用悬钟、昆仑、丘墟、申脉、飞扬；足外翻，用三阴交、太溪、照海；马蹄翻，用承山、太溪、昆仑；趾下垂，用解溪、八风、太冲。

（3）腹肌瘫：取天枢、关元、章门、带脉、背夹脊，亦可配合局部皮肤针叩刺。

操作方法：以补法为主，可深刺留针，也可用电针，如肢体寒冷，可施用温针，或加艾灸。

其他疗法

1.耳针：取肺、神门、皮质下、颈椎、胸椎、腰骶椎、相应区（如肩、肘、腕、膝、踝等），每日1次，两耳交替针刺或药籽按压，每次3～4穴。

2.梅花针：上肢瘫者，用患侧手阳明经及手太阳经皮部，督脉颈部至胸4；下肢瘫者，用患侧足阳明胃经、足太阴脾经、足厥阴肝经、足少阳胆经的皮部、督脉及膀胱经的腰骶部；腹肌瘫者，用患侧足阳明经、足太阴经、足少阳经皮部的腹部。

每日1次，每次沿经叩打3～4遍，刺激不宜过强。

3.水针：用穴同针刺法，以10%葡萄糖注射液仅注于肌肉丰厚处，如殷门、环跳、伏兔、足三里等，每次2毫升。如选用维生素B_1或B_{12}或当归注射液，用量可根据病情而定，每次2～4穴，每穴0.5～1毫升，每日或隔日一次，10次～20次为一疗程。注意每次注药需在进针后有得气感且回抽注射器无回血者才可注药。

4.穴位结扎埋线：参看针刺常用穴及穴位埋线法。

5.头针：取运动区、感觉区、足运感区，针尖呈30度快速刺入皮下及肌层，采用小幅度捻转，每分钟捻约240次，或用电脉冲刺激，每日1次，10次为一疗程。

6.激光针：用穴同针刺治疗穴。常用氦-氖激光针，每穴照3～5分钟，每次选用3～5穴，每日1次，10次一疗程。

7.电针：取环跳、秩边或阴廉、廉下，或合阳、足三里，或委中、落地。分别接正负极，各穴组交替运用，每次通电半分钟，重复通电3、4次。

文献选录

“治痿独取阳明……”（《素问·痿论篇》）

"痿不相知，太白主之。""痿厥，身体不仁，手足偏小，先取京骨，后取中封、绝骨皆泻之。""痿厥寒，足腕不收，躄，坐不能起，髀枢脚痛，丘墟主之。""虚则痿躄，坐不能起……光明主之。"（《针灸甲乙经》）

"天井、外关、曲池主臂痿不仁，冲阳、三里、仆参、飞扬、复溜、完骨主足痿失利不收。"（《千金要方》）

"风痹痿厥如何治？大杼、曲泉真是妙。"（《肘后歌》）

"痿，有湿热、有痰、有无血而虚、有气弱、有血瘀。针中渎、环跳，灸三里、肺俞。""人中曲池，可治其痿伛。"（《针灸聚英》）

经验选要

据报道，针灸治疗297例小儿脊髓灰质炎后遗症，依治痿独取阳明的治疗原则，阴阳经穴相配，根据瘫痪部位选穴。面部，取颊车、地仓、下关、风池、四白、阳白、瞳子髎、攒竹、合谷、风池；上肢，取肩髃、曲池、手三里、合谷、外关、中渚、肩井、肩贞、极泉、八邪、大椎；下肢，取足三里、梁丘、阴市、伏兔、髀关、解溪、环跳、风市、阳陵、三阴交、血海、阴陵泉、委中、昆仑、鹤顶、大椎、腰阳关、八风、太溪等。按"虚则补之，实则泻之，陷下则灸之"原则，不同病情采用不同手法，治愈率18.2%，显著好转38.7%，改善率39.4%，无效率3.7%，有效率为93%。（《上海中医学杂志》）

针灸治疗小儿麻痹841例，下肢主穴梁丘、阳陵、足三里、阳辅、三阴交、血海、大肠俞、殷门、委中；上肢主穴肩髃、肩井、肩贞、曲池、支沟、合谷、大椎；面部主穴丝竹空、瞳子髎、听会、地仓、颊车、下关、合谷；肠麻痹主穴足三里；尿潴留或尿失禁灸关元、中极。治愈者275例。近愈93例，显著好转240例，好转121例，全部有效。（《针灸临床经验辑要》）

穴位注射治疗小儿麻痹后遗症126例，以局部穴位为主，结合运动点取阿是穴，药物为硝酸-叶萩碱，浓度为0.4%（每毫升含4毫克），每穴每次注0.2～1.0毫升，每次总量为0.2～0.4毫克/公斤体重，每次选3～4穴，每日或隔日注射一次，连续治疗15～20次为一疗程，治疗结果：显效41例，好转65例，无效20例。（《针灸医学验集》）

杨逢伦："针灸治疗小儿麻痹症53例。"治疗原则：不限于均采用某种手法，而是根据"各通其俞、调其虚实和其顺逆"为原则。①毫针取穴：颈软、痰鸣、咽下困难取风府、风池、天柱、天突、丰隆。上肢瘫，取大椎、身柱、大杼、肺俞、巨骨、肩髃、曲池、合谷、外关。下肢瘫，取命门、肾俞、八髎、秩边、环跳、委中、阴市、风市、阴陵泉、足三里、上巨虚、绝骨、太冲、昆仑。②梅花针：先叩刺脊柱两侧之膀胱经。四肢均依经络循行路线叩之，尤应重叩手足阳明经的路线。一般连治2天停1天。也可隔日一次；身体虚弱明显者间隔2～3日一次。均是先毫针而后叩刺。（1959年）

济南第二医院："针灸治疗小儿麻痹症129例"。颈部麻痹，天柱、大杼为主穴；大椎、列缺、通谷、束骨为配穴；上肢麻痹，主穴取二间、天髎、肩髃、曲池、外关、合谷；上肢不举，配极泉、巨骨、肩井；下肢麻痹取内庭、陷谷、环跳、足三里、阳陵泉、梁丘、解溪、昆仑。有呼吸系统症状者，取风门、肺俞；喉头肌麻痹者，取天突、人

迎。同时均可配用肺俞、脾俞、肾俞、命门、华佗夹脊穴。操作：一经诊断，立即早治。每日或隔日一次，轻刺激，留不留针，可根据患者能否合作而定，手法不可过重。（1959年）

韩祖濂："针刺治疗小儿灰质炎104例"。上肢瘫，取大椎、陶道，第1～5夹脊、肩髃、肩贞、曲池透少海、外关透内关，合谷透劳宫；下肢瘫，取1～4腰椎夹脊，环跳、殷门、承山、委中、足三里、三阴交透绝骨、昆仑透太溪、解溪透申脉；面瘫，取风池、太阳、攒竹、迎香、下关、颊车、地仓、足三里、合谷；颈部瘫痪，取哑门、风池、百劳。以上诸穴，每次选用4～10个。伴有肌肉萎缩者，可局部用梅花针叩刺。操作：一般病例除肩髃、环跳以重刺激外，其他穴均中等刺激为主。瘫痪重者，应强刺激手法，进针得气后，快速提插，频率约为200/分钟，连续1～2分钟，使针感传向远端。疗效：104例中，临床治愈49例，显效32例，有效18例，无效5例。（1974年）

评述

在临床中，本病求治于针灸者，大多为瘫痪期，恢复期和后遗症期患者。此时针灸疗效优于药物，且经济安全，简便易行。从临床经验看，一旦发病，如能早期应用针灸，效果较好。由于病程较久，涉及脏腑较多，气血阴阳俱虚，故疗程较长，取穴较多，需要坚持治疗才能取效。此外，平时注意身体锻炼与情志调节，慎防湿邪侵袭等因。脾胃亏虚者，当注意饮食调养；湿痰、湿热成痿者，不宜食用膏粱厚味、辛辣之品；当患者运动功能有所恢复时，应指导其有正确的姿势和适当的运动量，积极进行功能锻炼，以提高疗效。

毕福高

五　带状疱疹

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒所引起的急性、炎症性、神经性皮肤病。该病毒由呼吸道进入人体，经血行传播，大多数患者被感染后并不发生临床症状，而成为带病毒者。本病毒系亲神经性，可长期潜伏于脊神经后跟神经节的神经元内，当细胞免疫功能减退时，如某些传染病（如感冒）、恶性肿瘤（如白血病、淋巴瘤等）、红斑狼疮、神经系统障碍以及过度劳累等，均可激发带状疱疹的发生。眼部带状疱疹是最危险的一种，可在角膜上发生水疱并迅速并发成溃疡性角膜炎，还可导致全眼球炎、脑膜炎以致死亡。本病多见于成年或老年人，发病时间多在春秋季，女性发病率略高于男性，以胸脊及腰部为好发部位，多数发生在单侧，常伴有神经痛，消退后一般不再复发。

中医对本病有缠腰蛇丹、蛇串疮、蛇丹、蜘蛛疮、火带疮等诸多名称。是一种在皮肤上出现成簇状水疱，痛如火燎的急性疱疹性皮肤病。

病因病机

中医认为本病机理是：情志内伤，肝气郁结，久郁化火，熏于肌肤；脾胃湿热内

蕴，溢于皮肤；外感湿热火毒之邪蕴积肌肤，内外因合并侵犯肝胆脾胃等经脉，邪毒壅滞，营卫不和，导致本病发生。

现代医学认为，本病是由水痘-带状疱疹病毒引起，其原发感染为水痘，复发感染为带状疱疹。病毒由上呼吸道感染进入人体，潜入脊神经后根神经节细胞，或脑神经髓外神经节细胞中，平时不致病，在机体抵抗力降低时导致本病。患有恶性淋巴瘤、白血病、何杰金氏病、红斑狼疮、天疱疮等疾病的患者，容易诱发本病。

临床表现

本病的潜伏期为1～2周，发病前，可见轻度全身不适、发热、食欲不振、倦怠乏力、头痛等，局部皮肤可先有感觉过敏或神经痛。亦可无前驱症状而突然发病。

病损开始时为炎症性红斑、丘疹，继则很快出现水疱，疱壁光滑、状似珍珠，一般如绿豆、黄豆般大小，亦有少量较大者超过1平方厘米，初起疱液是澄清透明的，继而变为混浊，成熟的水疱顶平或有凹陷，水疱周围有红晕，数个或更多的水疱集成簇状，数簇连成片状，常沿周围神经排列如带状，片状之间皮肤正常。水疱出现后经1～2周或稍长的时间吸收干燥结痂，数日痂皮脱落，遗留暂时性红斑或色素沉着，一般不留瘢痕。病程2～4周。本病一般不易复发，可获得终身免疫。

皮损常沿周围神经单侧分布，一般不会超过体表正中线。多发于肋间神经和三叉神经第1支段分布区域。亦可见于颈、腹、腰、四肢、耳后等处。并可在附近出现淋巴结肿大。神经痛为本病特征之一，可出现在发疹前，或伴随皮疹同时发生，有一半左右的中老年患者在损害消退后可遗留顽固性神经痛，可持续数月甚至更长时间。

辨证施治

1.肝胆火旺证：

主证：好发于胸胁部，丘疹、红斑、水疱均较明显，局部有灼热感，刺痛或烧灼痛。全身症状偶有低热烦躁，面部升火，咽干口苦，胁肋胀痛，食欲不振，舌红、苔黄，脉弦数。

治则：清泻肝胆之火，佐以化湿。

处方：肝俞（－） 胆俞（－） 期门（－） 日月（－） 阳陵泉（－） 行间（－） （均患侧） 阿是穴（围刺）

发热，加曲池（－）、外关（－）；食欲不振，加足三里（＋）。

穴方简释：肝俞、胆俞，清泄肝胆湿热；期门为肝之募穴，有疏肝、泻火、和胃之功；日月为胆之募穴，有利胆作用；肝胆募穴相配，可疏泄湿热、理气止痛。阳陵泉，利肝胆、清湿热；行间，清肝火、疏气滞；曲池、外关相配，以除阳明、少阳之邪热；足三里，健脾、和胃、化湿；局部围刺，清泄局部湿热。

操作方法：针刺得气后行提插捻转之泻法，留针15～30分钟，或电针刺激15分钟，局部围刺是在皮损处外围1～2厘米处以沿皮刺向病灶方向。对于病情较重、水疱较大者，可将疱疹刺破，或在周围点刺出血。

疗程：病之初起每日针刺1次，1星期后隔日一次，10次为一疗程。第1疗程结束

后停针3～5天，再进行第2疗程治疗。

2.脾胃湿热证：

主证：常发于腹部及下肢内侧，水泡量多且大，泡液混浊，并有血性或粘液渗出，局部皮肤有灼热痛且有瘙痒感，全身症状有胃纳减退，口苦、口腻、不欲饮，胃脘胀满，大便干结或大便溏泄秽臭，舌红、苔黄腻，脉滑数或濡数。

治则：调和脾胃，清热化湿。

处方：中脘（±）　阴陵泉（±）　内庭（－）　天枢（－）　上巨虚（－）　局部围刺（均患侧）

大便干结，加支沟（－）、大肠俞（－）；皮肤灼热、瘙痒，加曲池（－）、合谷（－）。

穴方简释：中脘为胃之募穴，阴陵泉为脾之合穴，两穴相配以调和脾胃。内庭，清胃之湿热、消胀满；天枢为大肠之募穴，上巨虚为大肠下合穴，两穴相配以消下焦阳明之积滞；局部围刺，以活血清局部之湿热；支沟、大肠俞，通便消胀满；曲池、合谷，清化阳明之邪热。

操作方法：中脘、阴陵泉，用平补平泻手法，其余经穴均要泻法。留针15～30分钟。局部围刺，采用沿皮刺；距病灶1～2厘米，针尖刺向皮损下面。严重者，可将疱疹刺破或周围点刺出血。

疗程：初起每日针刺1次，10次为一疗程。第1疗程后，停针3～5天，以后隔日针刺一次，直至痂皮脱落，疼痛基本消失为止。

3.气滞血瘀证：

主证：皮疹消退仍疼痛不止，夜寐不安，舌质紫暗、苔白，脉弦。

治则：活血祛瘀，行气止痛。

处方：曲池（＋）　合谷（＋）　三阴交（＋）　血海（＋）　膈俞（±）

穴方简释：曲池、合谷，清热理气；三阴交、血海、膈俞，活血止痛。

操作方法：膈俞斜刺0.8寸，其他诸穴直刺1.0～1.2寸，平补平泻。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.皮肤针：以上两证在痂皮脱落后，仅有后遗神经痛和局部皮肤板紧感时，可单用皮肤针叩刺痛处和皮肤板紧部位，叩刺至皮肤潮红或微出血，然后加拔火罐。视病情的轻重，每星期治疗1～3次不等。叩刺前后，均用常规消毒以防感染。

2.耳针：取肝区、胃区、神门、交感、肺。

根据辨证，每次选2～3穴，强刺激，留针15～30分钟。或用胶布固定王不留行籽粘贴耳穴处，并经常用手指按压以加强刺激，使其感到微痛为度，一般粘贴夏秋季为3～5天，春冬季为5～7天，然后更换。

3.梅花针：取相应的神经根部及病损皮肤周围。在病损周围约1厘米处，作环状叩击3～5遍，其他部位皮肤叩至皮下出血，每日1次，叩后可艾灸，5次为一疗程。

4.激光针：取病变局部曲池、合谷、阳陵泉、三阴交及相应背部俞穴，用氦氖小功率激光针穴位照射，每穴5分钟，每次共20分钟，局部及背部穴位必用，其他穴位交替运用，10次为一疗程。

5.灸法：方法：在先发部位的疱疹上及水泡较密集处的两个点上，分别放上麦粒大的艾柱、点燃至病人感到灼痛时用力吹去。再以同法在最远端先取1、2处各灸1壮。灸后水泡略大，然后逐渐结痂，每日1次，3～5次一程。

6.水针：取病变段的夹脊穴、外关、阳陵泉，用维生素B_{12}500微克及0.25%普鲁卡因注射液8～10毫升，每穴1～2毫升，每日1次，5次为一疗程。

文献选录

"脾病血气先合谷，后刺三阴交莫迟。"（《天星秘诀》）

"太冲穴针灸随便，治黄疸温疫毒等病。"（《千金方》）

"缠腰火丹一名火带疮，俗称串蛇疮，初生于腰，紫赤如珍，起水泡，痛如火燎。由心肾不交，肝火内炽，流入膀胱而缠带脉也。"（《外科大成》）

"风火郁于心肝两经所致……疮色黄白破后流水见湿热。郁于脾、肺两经……发于腰胁之间，肝经为主，多兼肝火……对水泡可用针尖刺破，外用柏叶散涂敷。"（《医宗金鉴》）

经验选要

1.有人沿皮针刺治疗带状泡疹110例，在皮损与健康皮肤交界处，用75%酒精消毒后，沿皮下作十字交叉平刺、不留针、每日1次。结果：3天以内疼痛消失51例，6天疼痛消失45例，9天疼痛消失14例。（《针灸医学验集》）

2.有人对本病针刺治疗25例的疗效和免疫功能进行观察：取相应部位的夹脊穴，病变在腰以上加同侧的曲池、外关、合谷。腰以下加太冲、足三里。在三叉神经分布区者，加听会、太阳、攒竹，均泻法，每日1次，留针30分针，每10分钟行针一次，结果22例在3～5天症状消失，皮疹干涸。2例6～7天症状消失，1例7天症状无改善。疼痛消失平均为2.5天，红斑肿胀消失平均3.7天，结痂平均4.8天。针刺后全身非特异免疫功能提高，如白细胞、淋巴细胞计数升高。针前针后渗出液检查吞噬细胞及淋巴细胞略显增多。（《针灸医学验集》）

3.**点刺出血法**：皮肤常规消毒后，以毫针或三棱针在带状疱疹最先发生处周围进行点刺出血，点刺部位距疱疹0.5～1.0厘米处，使周围皮肤有散在出血为度，必要时用手挤出少许血液，并用酒精棉擦净，不必包扎，每日点刺1次，一般1～3次可愈。（《新医药学杂志》1978年）

4.针灸治疗带状疱疹41例初步报告：①局部皮下（阿是穴）或邻近取穴，②取病损部位的神经根（即夹脊穴）；③远距离取穴（曲池、合谷、足三里）；④对应加用穴位。泻法，留针20分钟。33例1周内治愈；17例1～3天治愈。（有3例后遗神经痛）。（李定忠《中华皮肤科杂志》1959年）

评述

带状疱疹中医辨证大多数属于实证、湿热证，每多涉及肝胆脾胃等脏腑，是急性炎症性皮肤病。采用针刺疗法可缩短病程，促进早期痊愈。尤其对有后遗神经痛和皮肤板紧感的患者有较理想的疗效。本病治疗时采用局部和整体治疗相结合以祛除湿热之邪毒。体现中医治病的整体思想。对于发生在眼区，尤其影响到眼球时应该采用中西医结合疗法，不宜单用针刺疗法以免造成对病员的不良后果。

早期采用针刺疗法，可以减少后遗神经痛的发生率，而且症状消失也较快。若配合外用药物转移因子等，则可提高疗效。

千邑军

六　流行性乙型脑炎

流行性乙型脑炎，简称乙脑，俗称大脑炎。是由球形嗜神经病毒所引起的急性传染病，人和家畜为传染源，蚊类为传染媒介，80～90％发病集中于7、8、9三个月，尤其10岁以下儿童易发生，可占总发病率的60～70％。由于我国开展了灭蚊除害运动及广泛地进行预防接种，发病率较过去明显降低。当人体被蚊虫叮咬后，造成病毒血症，虽广泛侵犯各个脏器，但以神经系统损害突出。临床症状以起病急骤、高热、意识障碍、昏迷、惊厥等为特征。发病后可有稳固的免疫力。

本病在中医学中，属温病的"暑温"范畴，并认识到季节气候的变化是发病的重要条件之一。此外，感受温热病邪后，因发病急骤、传变迅速、易伤气耗津，入心营引起肝风，所以亦有称暑厥、暑痉、暑风。

病因病机

暑热、毒疫侵袭人体，是发病的重要原因；人体正气不足，是导致发病的基础。暑为阳邪，性质属热，致病后表现为一系列热证，病邪从外入内，传变迅速；临床卫、气、营、血的病理阶段，常难截然分清，热易伤津耗气，化燥化火，气营两燔，灼而生痰，导致筋脉失养而孔窍动风。暑易直入心营，内陷心包，造成心阳衰的脱症或内闭外脱的危证。

现代医学认为，本病病原体为乙脑病毒，属虫媒病毒B组，直径约40微米，是球形RNA病毒。对加热及脂溶剂灭活都很敏感。人被带病毒的蚊子叮咬后，病毒可能先在淋巴结增殖，如果机体抵抗力强，则不产生症状，成为隐性感染。病毒进入血液，形成病毒血症，若抵抗力低下或病毒量多、力强，则病毒侵入中枢神经系统，引起脑炎。临床表现取决于病变部位与广泛程度。如丘脑及其下部病变较早，则早期出现嗜睡；继之可有体温调节功能紊乱，血压不稳；当大脑皮层形成广泛充血水肿时，可有严重颅内压增高。

临床表现

1.潜伏期一般为10～14月，按病程分：

初期：表现突出高热、呕吐、头痛、不同程度的意识障碍、嗜睡；小儿可有腹泻。

极期：约4～10月，持续高热、嗜睡、昏睡、昏迷、惊厥、抽搐、呼吸衰竭、脑膜刺激症候、颅压高，剧烈呕吐、血压高而脉搏变缓，幼儿囟门隆起，吞咽困难，语言及呼吸障碍，汗出，大小便失禁或尿潴留，肢体瘫痪等。

恢复期及后遗症：约两周后病势渐退，体温下降，各种症状如低热、失语、神志迟钝、痴呆、吞咽困难，面瘫、肢瘫、视物不清、耳聋等日趋恢复。如果6个月后仍有上述症状为后遗症。一般病程愈长后遗症相对愈差。

2.按病情程度及神经系统症状可分为：

轻型：神志清楚，一般无抽搐，体温38～39℃，有不同程度的嗜睡。本型恢复较快，无后遗症。

普通型：体温40℃左右，有意识障碍如昏睡、昏迷、惊厥、头疼、呕吐及不同程度的抽搐，脑膜刺激征为阳性，浅反射消失，腱反射消失、未亢进。

暴发型：较少。起病急骤，深度昏迷，高热，头痛剧烈，呕吐狂躁，反复强烈的抽搐惊厥，脑膜刺激征阳性，浅反射腱反射消失，在短期内甚至在24小时内可发生呼吸衰竭、循环衰竭、脑疝而死亡。存活者，多有严重的后遗症。

辨证施治

1.卫分证：

主证：发热、微恶寒，头痛、轻度嗜睡，呕吐，口渴，尿赤，苔薄白，脉数。

治则：清热解表。

处方：大椎（－） 曲池（－）（双） 太阳（－）（双） 印堂（－） 百会（－） 内关（－）（双） 少商（－）（双）

穴方简释：外邪暑温侵袭卫分，宜清热祛邪。大椎是督脉之要穴，又为诸阳交会穴，配曲池可清全身之热；百会、印堂，镇静安神，与太阳相配，可治头痛、嗜睡；内关，属心包经之络，通三焦经又与阴维脉相通，可止呕治胃心胸症状；少商，清肺热生津。

操作方法：少商、太阳，点刺出血；其他穴位在得气基础上采用泻法，每日1次，留针20～30分钟。

2.气分证：

主证：发热、头痛、项强，躁烦，抽搐，昏睡或昏迷；热重，可见面赤，汗多、口渴引饮，舌质红、苔黄、无津，脉洪数。偏湿，则口渴不欲饮水，苔腻，脉数。

治则：清热镇惊。

处方：大椎（－） 曲池（－）（双） 合谷（－）（双） 太冲（－）（双） 人中（－） 阳陵泉（－）（双） 十宣（－）（双）

穴方简释：大椎、曲池、合谷，通阳泄热；人中、十宣，开窍醒神、泄诸经热；合谷、太冲相配，熄风镇惊；阳陵为筋会，可舒解筋脉挛急。总之以清热为主，配以镇惊醒神。

操作方法：强刺人中，十宣点刺出血，再刺大椎、曲池、合谷、太冲，均用泻法。每日2～3次。

3.气营两燔证：

主证：持续高热，神志昏迷，肢体抽搐，颈项强直，舌红绛、苔黄燥，或见肢凉，舌短、阴缩，此为热陷心包；或见呼吸喘促不匀、痰鸣，头汗出如珠，唇甲青紫，此为内闭外脱的危证。

治则：清热凉血，涤痰开窍。

处方：大椎（－） 曲池（－）（双） 人中（－） 十二井或十宣（－）（双） 曲泽（－）（双） 委中（－）（双） 劳宫（－） 哑门（－） 涌泉（－）（双） 百会（－） 丰隆（－）（双）

穴方简释：此期热毒过甚，邪热弥漫、内扰心神、气营俱损，急取十二井或十宣可泄诸经之热；取人中、劳宫、哑门，开窍醒神。取曲池、涌泉、委中，清营凉血、活血、开窍、镇惊；取丰隆，化痰浊、清神志。

操作方法：十二井或十宣先点刺出血，其他诸穴均为泻法，依病情一日可2～4次强刺激，留针20～30分钟，每10分钟捻转一次。

4.恢复期及后遗症：

主证：病势已退但正气大伤未复，热盛伤阴，筋脉转戾或湿邪郁滞经络，筋脉失养；由于各脏腑气血受损程度不同，可留有不同证状。如仍有余热，神志迟钝，吞咽困难，失语，失明，面瘫，肢体拘挛或瘫痪等。

治则：通经络，调气血，醒脑开窍。

处方：

①神志迟钝、痴呆：大椎（－） 哑门（－） 风池（－）（双） 百会（±） 通里（±）（双） 合谷（±）（双）

②吞咽困难：天突（－） 廉泉（－） 合谷（－）（双） 颊车（±） 人迎（±）（双）

③失语：百会（±） 后顶（－） 哑门（－） 廉泉（－） 合谷（±）（双） 天突（－）

④面瘫：颊车（－） 地仓（－） 下关（－） 太阳（－） 合谷（±）

⑤失明：睛明（－） 攒竹（－） 丝竹空（－） 阳白（－） 四白（－） 合谷（±） 瞳子髎（－） 风池（±） 光明（＋） 肝俞（＋） 肾俞（＋）（双）

⑥肢体拘挛或瘫痪：肩髃（－） 曲池（－） 外关（－） 合谷（－） 手三里（＋） 环跳（－） 阳陵泉（－） 鹤顶（－） 足三里（＋） 绝骨（－） 解溪（－） 昆仑（－） 太冲（－）

其他疗法

1.耳针：取心、肝、肾、神门、皮质下、枕、额。用毫针强刺激每10分钟捻转一次，留针1小时，2～3天一次，或用药籽按压穴位。

2.电针：取针刺用穴，每次选2～4穴。电流量由零逐渐增大，以患者耐受度为准，每次10～15分钟，每日1次。

3.头针：神志迟钝，针精神情志区（前发际上2厘米距中线2厘米，与中线平行）。失语，针刺语言区。肢体瘫痪，针对双侧或双侧运动区。肢体拘挛，针刺舞蹈震颤控制区。

4.皮肤法：脊柱两侧或病变局部强刺激叩打每日1次。

5.水针：取大椎、身柱、脊中、筋缩、命门、至阳。用维生素B_1，或维生素B_{12}，每穴0.5～1.0毫升，每次2～4穴，每日1次或隔日1次。

6.穴位埋线：每次1～3穴埋肠线，20～30天一次。

7.推拿：头疼，开天门，推坎宫印堂，运太阳、风池，揉百会。昏迷，掐人中、五指节十五穴，揉内劳宫。项强，推囟门、风池、五指节，推天柱骨，揉内劳宫，拿鬼眼、委中，揉涌泉。

文献选录

“先夏至日者为病温，后夏至日者为病暑。”（《素问·热论篇》）

“暴风乘虚袭入，最忌风动中厥。”（《临证指南》）

“小儿暑温，耳热卒热痉厥。”（《温病条辨》）

经验选要

1.治疗乙脑及后遗症420例，10岁以下儿童265人，11～40岁117人，41～70岁8人。疗效以抽搐、头痛、呕吐、尿潴留、狂躁、瘫痪、失语改善最为明显。降热醒脑，是治疗急性期患者的关键，常用穴有风府、人中、大椎、曲池、合谷、十宣、十二井；控制头痛，用头维、太阳、曲池、合谷、上巨虚、下巨虚等；狂躁，用足三里、厉兑、十二井、委中、曲泽、百会、风府、大椎、身柱；呕吐，刺内关、中脘、足三里、风府；失语，先刺金津玉液出血，再针风府、哑门、百会、天突、廉泉、合谷、关冲。急性期，用泻法；后遗症，先用泻法针健侧、不留针，再用平补平泻法针患侧，不用补法，留针5～10分钟。（1959年）

2.针刺治疗20例乙脑后遗症，表现为吞咽困难、失语、流涎、抽搐、肢体运动障碍、项背强等，只针不灸，速刺或少留针的方法，结果痊愈5例，显效6例，进步8例，无效1例。吞咽困难17例，94.1％为有效，取承浆、足三里或中脘、气海、三阴交或大椎、天柱、合谷，或颊车、地仓、内庭，或金津玉液。抽搐14例，有效率为92.9％，取肩髃、尺泽，或阳陵、委中，或外关、照海、后溪、申脉，或行间、肝俞，或中脘、足三里。肢体运动障碍14例，取肩髃、曲池，或环跳、阳陵泉，或百会、后溪、申脉，有效率为92.9％。

评述

1.本病目前尚无特殊病原疗法，针灸对轻型有一定疗效，疾病特点为发病急，传变快，对中型或重型应中西医结合，综合抢救为主，恢复期后遗症针灸有显著作用。

2.本病传播媒介主要是蚊类，发病有明显季节性，由于各地气候差异，应依情及早接种乙脑疫苗，预防本病发生并采取灭蚊措施，以减少发病率。

第二节　细菌性传染病

一　流行性脑脊髓膜炎

流行性化脓性脑脊髓膜炎，简称流脑，是由脑膜炎球菌所引起的一种急性传染病，15岁以下儿童发病率最高。冬春季节易流行，病人和带菌者是传染源，致病菌借空气与飞沫传播，由上呼吸道侵入人体。

临床表现为：高热，剧烈头痛，喷射状呕吐，皮肤粘膜瘀点或紫癜，颈项强直，嗜睡、昏迷、谵妄等脑膜刺激征。儿童可有惊厥，囟门隆起。

中医学无流行性脑膜炎这一病名，依症状表现起病急、传变迅速、病情危重等特点，以及好发于春季或冬春之季，属“痉病”、“惊风”及温病的“春温”范畴。

病因病机

中医学认为本病原因是人体正气虚弱，复感春季或冬春温热毒疫之邪而发病。病邪从口鼻而入，侵犯肺卫，正邪相争出现恶寒、发热等卫分症状。邪热入里，可表现为表里俱热的卫气同病证候，如发热、头疼、项强、呕吐等，若治疗及时恰当，邪热可由里透达肌腠而愈，否则邪热继续深入于营血，成为里热实证，表现为壮热、躁烦、头疼、颈项强、呕吐、神昏、皮肤斑疹等症。甚至热盛风动，痉挛抽搐或毒疫内陷，阳气衰微则见闭证或脱证。

现代医学认为，本病病原体为脑膜炎双球菌，属革兰氏染色阴性杆菌，在人体内菌体裂解后释放内毒素，有较强致病力。本菌在体外生活力很弱，阳光、干燥、空冷及常用消毒剂都能将其杀灭，因此只有在人口密集或密切接触的条件下，才易患病和造成流行。

本菌自鼻咽部侵入人体后，在该部生长、繁殖，发生上呼吸道炎，成为带菌状态。当机体抵抗力降低或细菌毒力增强时，细菌侵入血液发生败血症，进而侵入脊髓膜，发生脑脊髓膜炎。致病菌侵袭血管内皮，产生栓塞、出血及细胞浸润，使皮肤粘膜出现瘀点或坏死。其内毒素可引起微循环障碍，细小动脉痉挛，导致休克，亦可产生弥漫性血管内凝血，造成发展迅速的暴发型败血症——华佛氏综合征。该菌侵犯脑脊髓膜，累及软脑膜，使脑脊液混浊或呈脓性，脑实质亦可有充血、水肿，从而产生高热、惊厥、昏迷等症，甚至形成脑疝。

临床表现

根据典型的病程可分为三个阶段：

1.初起，表现为咽疼、鼻咽部分泌物增多等上呼吸道感染症状，血象白细胞总数及中性粒细胞增多，脑脊液正常，在非流行季节不易诊断。

2.起病1～2天后，突然高热、寒战、头痛、恶心、呕吐、小儿可有惊厥。皮肤粘膜有出血点败血症之状，分布于躯干四肢，如出血点多且出得快，则病情较重。瘀斑最后可形成坏死。

3.脑膜脑炎期：头痛、发热、呕吐等症继续加重，并出现嗜睡、谵妄、颈项强直、克氏症阳性等症，口鼻周围可见疱疹，小儿可见惊厥不安、昏迷、前囟隆起、呕吐、腹泻等。

根据发病速度，败血症及脑膜炎症的轻重，临床常分为普通型及暴发型。

普通型即上述典型的三期症状，只要及时诊治大多数预后良好。暴发型流脑可表现为休克型、脑膜脑炎型或混合型。休克型：一开始就表现为严重的中毒症状，12小时内全身出现广泛瘀点或瘀斑，并迅速扩大、融合成大片直至出血或坏死，面色苍灰，唇周与指、趾末端出现紫绀，四肢厥冷，脉细数而弱，血压降低，脉压差缩小等循环衰竭症。脑脊液可正常或轻度细胞数增加，血培养多数为阳性。脑膜脑炎型：临床表现以神经系统突出，如发热、剧烈头痛、喷射状呕吐、嗜睡、抽搐、迅速昏迷、颈项强直、脑膜刺激征阳性、颅压增高、血压持续升高、脉率变缓、视乳头水肿、肌张力高或强直。呼吸不规则，可见脑疝、瞳孔不等大、对光反应迟钝或消失、眼球固定、肢体瘫痪。混合型：同时具有休克型及脑膜脑炎型症状，病情已达最为严重阶段。

辨证施治

本病属温病范畴，一般虽按传变的卫、气、营、血的阶段规律辩证，但由于发病急、传变快、病势重，临床表现错综复杂，常常两种证候同时出现。

1.卫气同病：

主证：恶寒发热，头痛项强，咽红疼痛，呕吐，神疲乏力，四肢酸痛，皮肤可见出血点，幼儿前囟隆起，躁烦抽搐，舌质红、苔薄白或白黄，脉滑数。

治则：宣肺，清热，解毒。

处方：大椎（－）　风门（－）（双）　肺俞（－）（双）　合谷（－）（双）　少商(－)（双）　曲池（－）（双）　太阳（－）（双）　印堂（－）　内关（－）（双）　尺泽（－）（双）　足三里（－）（双）

穴方简释：卫主一身之表，肺主气，时行疫气从口鼻而入，侵袭肺卫客于肌表，当以宣肺清热治之。大椎为手足三阳经及督脉的交会穴；风门是督脉、膀胱经交会穴；肺俞为肺气聚集转输之所，三穴合用可宣肺清热，祛除肺卫之邪。少商为肺经井穴，清热利咽，与互为表里的阳明经穴合谷配合，可加强清热解毒和防止病邪内传的作用。曲池，为阳明经之合穴，是清热有效穴；太阳、印堂，可宁心安神止痛；内关，可镇静；尺泽，可降逆；足三里，可和胃、止呕。

操作方法：大椎直刺，肺俞、风门45°角斜刺，在得气基础上施以提插捻转泻法，深度

一般为5～8分，但要视病人胖瘦而定。少商、尺泽、太阳可点刺出血，印堂15°角斜刺向下进针，足三里可刺1～1.5寸，留针20～30分钟，每日1～2次，10次为一疗程。

2.气营两燔证：

主证：高热躁烦，剧烈头疼，呕吐，神昏、谵语，颈项强直，皮肤有斑片状出血点，舌红、苔黄，脉洪数。

治则：清热，解毒，凉血。

处方：大椎（－） 曲池（－）（双） 合谷（－）（双） 神门（－）（双） 内关（－）（双） 关元（±） 气海（±） 足三里（±）（双） 十宣（－）（双） 人中（－） 涌泉（－）（双） 太冲（－）（双）

穴方简释：邪热入营，邪正相争，烦扰心神，故清营安神是其关键。取十宣、人中、涌泉，清泄血热醒脑安神；大椎、曲池，清热通阳；神门、内关、合谷、太冲，镇静安神；关元、气海、足三里，调气血。热退，气和，心神自安。

操作方法：先刺十宣、涌泉，点刺出血；针刺人中以醒脑；再刺大椎、曲池、合谷、内关、神门、太冲，均用捻转泻法；针关元、气海、足三里，用平补平泻法。每日1～2次，留针30～60分钟，每15分钟行针一次。

3.热盛风动证

主证：高热躁烦，剧烈头痛、呕吐频繁、神昏，反复抽搐，两目上视或斜视。呼吸快慢、深浅不一，痰涎壅盛，舌红绛，脉细数或弦滑。

治则：清热，凉血，熄风。

处方：大椎（－） 安眠（－） 印堂（－） 曲池（－） 内关（－） 神门（－） 尺泽（－） 十二井（－）（双） 委中（－）（双） 涌泉（－）（双） 膻中（－） 会阴（－） 人中（－） 百会（－） 中脘（－）

穴方简释：本证是热盛伤津、筋脉失养、炽灼动风、气血阴阳逆乱、痰随气升、壅塞窍络所致，十二井可泻各经之热，尺泽清血热缓筋急，百会、印堂、安眠穴镇惊安神，配大椎、人中可益神醒脑止痉。

操作方法：三棱针点刺十二井、尺泽、委中；毫针刺以上诸穴，用捻转泻法，留针30～60分钟，依情可延长到2小时，留针期间每10～15分钟捻转一次。

4.邪陷正脱证：

主证：面色苍白，汗出肢冷，皮下斑片状出血，色紫暗，唇周肢端青紫，舌紫红，脉微细。

治则：回阳固脱。

处方：涌泉（－） 足三里（＋）双 气海（＋） 神阙（△） 百会（△） 人中（－）

穴方简释：百会为诸阳之会可升阳醒脑；神阙、人中、涌泉可清热宁神开窍，是回阳固脱急救的要穴；足三里，气海可升阳固肾扶正培元。

操作方法：先针刺百会以升阳，再灸百会与神阙以治其标，针刺人中、涌泉捻转泻法直至神志清，针刺足三里、气海用补法以巩固疗效。

5.流脑后遗症的处理：治疗不及时或毒邪过盛，可留有失明、聋哑、四肢不用或神识呆迟，需对症处理。

失明：睛明、光明。

聋哑：听宫、翳风、合谷、哑门、廉泉、百会、外关。

四肢不用：肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、绝骨。

神志呆迟：四神聪、风府、神门、大陵、太冲、合谷。

舌强：下关、颊车、廉泉、合谷、天突、人迎。

文献选录

“病者耳热足寒，颈项强急，恶寒，时头痛、面赤、目赤、独头动摇、卒口噤，背反张者，痉病也。”（《金匮要略》）

“邪客于足太阳之络，令人拘挛背急，引胁而疼，刺之从项始，数脊椎，夹脊、疾按之压手如痛，刺之傍三痏立已。”（《素问·缪刺论篇》）

“风痉、身反，先取足太阳及腘中及络出血。”（《灵枢·热病》）

“人中除脊膂之强痛，神门去心性之呆痴，尺泽去肘疼筋急。”（《注流指要赋》）

“百会，提补阳气上升大人中风痰火癫痫，小儿急慢惊风，大肠下气脱肛”。（《医宗金鉴》）

经验选要

针灸治疗流脑17例，头疼症状大部分缓解，呕吐3天内也大部分消失，体温及白细胞计数在3～4天恢复正常，呼吸衰竭的针会阴灸百会，气海和关元可使其转危为安。

评述

本病为春季感受温热毒疫所致，病情轻重虽有不同，但共同特点是发病急，传变快。治疗本病针灸效果较好，用中西医综合措施则可提高治愈率和减少后遗症。

儿童可注射流脑菌苗进行预防。流行期成人及儿童可内服磺胺类药物，多晒衣服，注意室内通风，药物嗽口，滴鼻，多食大蒜等均可减少发病。

二　猩红热

猩红热是由乙型溶血性链球菌感染引起的急性呼吸道传染病，主要经空气传播。病人和带菌者的鼻咽部分泌物，通过喷嚏、咳嗽等散入空气，侵入易感者的上呼吸道。临床特征为发热、咽喉肿痛或腐烂，全身有鲜红色皮疹，密集处可以连成猩红色一片，病后疹退期皮肤脱屑。发病与流行常有季节性，以冬春二季较高，易感者多为2～8岁儿童，成人亦有染病者。北方比南方发病率高。由于人类对链球菌所产生的免疫力较弱而短暂，因此，猩红热病人痊愈后仍可再次复发，在临床上的表现为急性咽炎或急性扁桃体炎而无

弥漫性鲜红色皮疹出现。预后多属良好，但少数病人，由于变态反应，在疾病第3周起，可表现心、肾、滑膜组织等处的非化脓性炎症。故必须注意防治。

中医学将本病称为丹痧、烂喉痧、疫疹、疫喉痧、阳毒。早在《金匮要略》、《伤寒准绳》书中就已有关于本病的记载。《疫痧草》有“疫痧之火，迅如雷电，身热一发，便见喉烂，转眼凶危，医者束手。”及“痧疫大行，害人甚速，有不及一日即毙。”的描述。

病因病机

中医认为，本病的主要原因为疫疠之邪乘时令不正、寒暖不调之机，侵袭人体，蕴于肺胃。邪毒郁于里，则灼伤营血，且速行而化火。若邪热上攻、清阳受扰、邪正相争，则见发热头痛；攻及咽喉，则咽红肿痛；犯营入血，则舌色红绛；毒透肌肤，则皮疹蔓延；若血热妄行，则见皮疹紫红或伴瘀点，称之为出血疹；热毒持久、灼伤阴液，故后期以肺胃阴虚为明显。临床分为邪在卫分、邪入营血与肺胃阴虚三个证型。

现代医学认为，本病病原体为乙型溶血性链球菌，该菌在体外生活力很强，但对热与一般消毒剂抵抗力弱。该菌经呼吸道侵入人体，引起咽峡炎及扁桃体炎，有炎性渗出物，甚至形成溃疡，口腔粘膜充血，有时呈点状出血，形成粘膜内疹。病原菌产生的外毒素（包括红疹毒素）进入血液循环后，引起发热、头痛、呕吐等毒血症状。红疹毒素使皮膜和粘膜血管充血，形成猩红色皮疹。皮肤病变有充血、水肿和白细胞浸润，皮疹消退时表皮呈大片落屑。

临床表现

潜伏期1～11天，平均为2～5天。起病多急，有发热、咽喉痛、头痛、呕吐等症状。发热多呈持续性，可达39℃左右。皮疹出现后，热度迅速下降，至第6～7天降至正常。咽喉红肿溦痛，或伴有白腐糜烂，影响吞咽，扁桃体充血、肿胀，上有点状黄白色渗出物，偶呈膜状，易拭去。病初舌苔白而厚，然后出现红绛舌，舌乳头红肿突出，以舌尖及舌前部边缘较为显著，称“杨莓舌”。2～3天后舌苔脱落，舌面光滑，呈肉红色，并可有浅表破裂，乳头仍突起称“杨莓舌”。软腭粘膜充血，轻度肿胀，病初起时可有红色小点或小出血点，即猩红热以粘膜内疹，每先于皮疹出现。皮疹在起病24小时内出现，开始于耳后、颈部、上胸，1日内迅速蔓延至全身，如针头大小，点状猩红色斑疹，排列密集、融合成片，在腋窝、肘窝、腹股沟等皮肤皱褶处，皮疹密集并常伴有皮下纤细的出血，形成红色线条，谓“柏氏征”，指压后疹点消失，可呈现黄白色，去指压后红色小点又出现，且融成一片红色，随之复现原有疹形、疹色。有的病人可见皮疹紫红或伴瘀点，称之出血疹。患者面部因邪热上攻而充血潮红，但无皮疹，口鼻周围呈现白色，称口周苍白，又称苍白圈。皮疹出后2日内，随着热象渐减，皮疹依出疹先后顺序消退，经2～3天内完全消失。恢复期可见皮肤干糙，表皮坏死，病程第1周末开始脱屑，时有咽干、颊赤、食少、唇干、神乏、体倦等症。

猩红热的诊断依据：常依据接触史、临床发热、咽喉痛、典型皮疹、杨莓样舌，及病程后期的脱屑、咽拭细菌培养检出乙型溶血性链球菌等，即可诊断。

辨证施治

根据猩红热病的发病规律，可以分为发热、出疹、脱屑三个阶段进行辨证。

1.邪在卫分证（即发热期）：

突然起病，发热，恶寒，头痛，呕吐，咽喉赤痛或白腐糜烂，面赤，大便干，小便黄，舌边尖红、苔白厚，脉浮数。

2.邪入营血证（即出疹期）：

①热毒炽盛型：壮热，面赤，口周苍白，口渴引饮，烦躁不安，遍体红疹，猩红弥漫全身，咽喉红肿溃烂，吞咽困难，大便干，小便黄赤，舌质红绛起红刺、苔光剥，以舌尖及舌前部边缘为显著、状如草莓，脉洪大数而有力。

②疫毒内陷型：高烧烦躁，时神昏谵语、惊、抽搐，皮疹紫红，舌面光滑红绛、呈肉红色并可有浅表破裂、起芒刺，脉数。

3.肺胃阴虚证（即脱屑期）：

皮疹消退，身热下降，皮肤干燥脱屑，神疲，体倦，食少唇干，咽干，舌红，脉细数。

治则：清热利咽，清营解毒，养阴生津。

处方：十二井穴（－）　大椎（－）　足三里（－）　血海（－）　膈俞（－）　风池（－）　尺泽（－）（双）

邪在卫分，配曲池（－）；邪入营血，属热毒炽盛型，配内庭（－）双；疫毒内陷型，配百会（－）、涌泉（－）；肺胃阴虚，属肺阴虚型，配列缺（＋）双、气海（＋）双；胃阴虚型，配公孙（＋）双、内关（＋）双。

方义简释：十二井穴，是十二经脉、阴阳经脉交会之处，为气海流注，有调节阴阳、清热解毒、开窍苏厥之功，大椎乃督脉诸阳之会，取之以表散阳邪而解热；足三里，是胃经之合穴，通降胃腑气机；血海，清泄营血热毒；膈俞，为血之会穴与血海同治血分之疾，有活血养血作用；尺泽，通宣升太阴经气，调肺气散郁热。

随证配穴，是针灸临床辨证施治的具体体现。邪在卫分证配曲池，因曲池属手阳明经穴，该经系多气多血之经，其穴可清泄阳明之邪热以解毒。邪入营血，证属热毒炽盛型，配内庭，其穴属足阳明经荥穴，泻肝胃之气，以泄其热；疫毒内陷型，配百会，旨在潜肝阳、熄肝风、清神志、泻阳经燔热；涌泉，清肾热、宁神志、苏厥。肺胃阴虚型属肺阴虚者，配列缺，取其宣肺祛风、疏经通络；配气海，调气益元、培肾补虚，平和营血。胃阴虚者，配公孙、内关，取其经脉交会，相得益彰之效。公孙，扶脾胃、理气机、调血海、和冲脉；配内关，清包络、疏三焦、宁神和胃、宽胸理气。

操作方法：十二井穴点刺出血，大椎直刺1～1.5寸，足三里直刺2～2.5寸，血海直刺2寸，膈俞从背侧向内下方斜刺入1寸，风池针尖向对侧眼球部斜刺0.5～1寸，尺泽点刺出血。进针得气后，施以提插、捻转补泻手法，不留针。

疗程：每日治疗1次，针3～5次为一疗程。

文献选录

“阳毒之为病，面赤斑斑如锦文，咽喉痛，唾脓血。”（《金匮要略释义》）

“其病与时气，温热等病相类，皆由一岁之内，节气不和，寒暑乖候，或有暴风疾雨，雾露不散，则民多疾疫，病无长少，率皆相似。”（《诸病源候论·疫病病候》）

“烂喉丹痧，发于夏、秋者少，冬春者多，乃冬不藏精，冬应寒反温，春寒犹禁，春应温而反冷，经所谓非其时而有其气，酿成疫证之邪也。邪从口鼻入于肺胃，咽喉为肺胃之门户，暴寒束于外，疫病郁于内，蒸腾肺胃二位，厥少之火乘势上亢，于是发为烂喉痧也。”（《喉痧证治既要》）

“是感天地疫病非常之气，沿家传染。”（《医贯》）

经验选要

杨逢伦等：针刺配合青霉素治疗疫毒内陷型猩红热3例，均获良好效果，举其中1例如下：

患者佟××，2岁。1957年4月23日入院。住院号10314。5月6日出院。患儿无明显前驱症状。4月18日右上肢被开水烫伤，20日将伤泡刺破，21日突然发高烧、恶心、呕吐，22日经某医院注射青霉素1支，又发生抽搐持续约40分钟，并发现周身皮肤呈弥漫性渐红发疹，故以猩红热介绍来院治疗。检查所见：意识不清，阵发抽搐，急性病容，两颊潮红，口围苍白，发育及营养中等。体温39.1℃，脉搏频数充实，呼吸急促，周身皮肤呈弥漫性潮红，并有粟粒大之充血疹，疹间无明显健康皮肤，右上肢有烫伤，瞳孔反射迟钝，抽搐时口唇及四肢末梢发绀，两侧扁桃体高度肿大充血无伪膜，有“杨梅舌”，心肺未见异常，肝脾未触及，腹部平坦无压痛。实验室检查：血象白血球分类：嗜硷性白血球1%，嗜酸性白血球2%，分叶白血球78%，淋巴球19%；细菌检查：咽拭子培养溶血性链球菌（+）。诊断为中毒型猩红热。治疗：4月23日入院后因持续抽搐不止，采用针刺疗法，调整中枢神经，以达退热、安神、镇静之目的。取穴：左手十二井出血、曲池、内关、合谷（因右上肢烫伤）、足三里、太冲、百会、风府、风池、大椎，用泻法，留针1小时，针后抽止，转危为安。4月24日：昨夜未抽，睡眠良好，意识清楚，体温正常，但恶心、呕吐、腹泻严重，两侧扁桃体仍有中度肥大，脉细数。针少商、商阳、隐白、厉兑出血、风府、风池、中脘、天池、中脘、天枢、合谷、内关、足三里，平补平泻，不留针。4月25日：一切良好，呕吐腹泻停止，抽搐亦未再发，咽痛消失，扁桃体显著缩小，再针百会、风府、风池、大椎、中脘、合谷、曲池、足三里、三阴交，手法同上。共针3次。并配合青霉素肌注。于5月6日痊愈出院。

（1960年）

评述

中医文献中，虽没有猩红热这一病名的记载，但从其病因、病机、证候、流行病学、治疗诸方面看，对猩红热的认识最早。公元2世纪中至3世纪《伤寒杂病论》就有记载，称之谓“阳毒”。历代医家对治疗猩红热病，有较详细的论述和宝贵的经验。如清·金德鉴《烂喉痹痧辑要》、陈耕道《疫痧草》、余师愚《疫疹一得》案专著中，论述症治颇详。我们多年临床实践中也取得了较好的疗效。通过对田穴的不断筛选，我们认为

十二井穴、大椎、足三里、血海、膈俞、风池、尺泽较为理想。若取曲泽、委中针刺出血，疗效更快。近些年来，猩红热大流行已基本控制，常呈散在流行。因此控制传染源，对患者采取隔离措施，保护易感至，至为重要。若高热进食少，疫毒内陷型有失水情况者可给予静脉补液。

张涛清　刘福

三　百日咳

百日咳是一种由百日咳杆菌所致的儿童呼吸道传染病，其特点是阵发性，痉挛性咳嗽，并带有鸡鸣样吼声，病程较长，可延续3～4个月，年龄小的患儿病情较重。本病传染性很强，儿童对百日咳具有普遍易感性，尤以5岁以下儿童发病为多见。传播途径为患者咳嗽飞沫传播。一年四季皆可发病，冬春季较多。在家庭和集体机构等人口密集处，发病率可高达70～80%。

中医对本病认识较早，称顿咳、痉咳、疫咳、鹭鸶咳、天哮呛等，认为肺虚是基本条件又感时邪所致。可相互传染。

病因病机

中医认为，本病主要由于素体不足、调护失宜、内蕴伏痰、时行风邪从口鼻而入侵袭肺卫所致，故初见有表证。若风邪与伏痰搏结，郁而化热，则煎熬津液，酿为痰浊，阻遏气道，肺失清肃，壅塞不宣，以致肺气上逆，而痉咳阵作。因气机失调，血行不畅，则见面赤耳红，颈脉怒张，涕泪交迸，呕逆作吐等证，若邪热恋肺，每可伤及肺络，而致咯血、衄血。

现代医学认为：本病病原体为百日咳嗜血杆菌，属革兰氏阴性菌，存在于病人呼吸道分泌物中，离开人体后生存力很弱。病人为主要传染源。该菌侵入呼吸道后，在喉、气管和支气管粘膜上生长繁殖，并释放大量内毒素，引起粘膜发炎和粘膜层纤毛运动受阻，以致细菌和粘稠分泌物大量积聚在气管和支气管内，不断刺激粘膜神经末梢感受器，传入大脑，兴奋咳嗽中枢，引起反射性痉挛性咳嗽。以后因吸入大量空气通过紧张的声带而发生特殊的吸气性吼声。常易继发感染，并发支气管肺炎。

临床表现

本病初起类似感冒，症见微热、咳嗽、喷嚏。3～5日后症状渐退，而咳嗽反有加重，夜间尤甚。1～2周后咳嗽加剧呈痉挛性，称痉咳期。痉咳的特点是，每次发作咳声短促，呈持续性连咳十数声无间隙，咳时面部胀红或青紫，眼睑浮肿、眼结膜充血、头面部皮肤充血、弓腰捧腹、涕泪俱下，当咳嗽暂停时伴有深长吸气、发生鸡鸣样吼声，如此反复多次，终于吐出大量粘液和胃中乳食而停止。每日咳嗽可达十多次或数十次，夜间发作较重，影响睡眠。4～5周后，痉咳开始减轻，吼声也逐渐消失，最后咳嗽完全消失，此为恢复期。

辨证施治

1.外感束表证（初感外邪期）：

主证：病初症似感冒、流涕、喷嚏、微发热，咳吐白色泡沫稀痰，三四天后感冒症状减轻，咳嗽加重，入夜尤甚，脉浮、苔白，指纹淡红。

治则：祛邪解表，宣肺止咳。

处方：大椎（－）　风门（－）　列缺（－）　合谷（－）（双）

穴方简释：病初邪气在表，取大椎、风门，解表祛邪；列缺为肺经络穴，配大肠经原穴合谷，原络相配宣肺止咳。

操作方法：大椎、风门45°斜刺，合谷直刺列缺呈15°斜刺进针，均用泻法，不留针或留针10分钟。

2.风痰阻肺证（痉咳期）：

主证：咳嗽逐渐加重，呈阵发性发作，每次发作先为一短促的吸气，继而咳嗽连续不断，咳后有鸡鸣样吼声，待吐出痰涎及食物，阵咳暂时停息，反复不已，夜间尤重。痰中可带血，眼充血，颜面浮肿，口干，舌燥、苔黄，脉滑数，指纹紫红。

治则：宣肺化痰，镇咳降逆。

处方：合谷（－）　足三里（－）（双）

穴方简释：合谷为手阳明大肠经之原穴，肺与大肠相表里，本穴可降逆宣肺是镇咳要穴，足三里可降逆化湿和胃，两穴相配共起镇咳、宣肺、降逆化痰作用。

操作方法：两穴均直刺，用泻法，一般不留针，能合作的患儿可留10～15分钟。

3.肺脾气虚证（恢复期）：

主证：咳次及阵发持续时间虽减，但常呈咳而无力，气短声怯，自汗神疲，呕吐减少，舌淡、苔少，指纹青淡。

治则：补肺健脾，理气止咳。

处方：肺俞（＋）　脾俞（＋）　足三里（＋）（双）

穴方简释：久咳伤肺，久吐伤脾，脾肺俱虚，取脾俞、肺俞、足三里意在健脾胃补虚损，调理肺气，以治其本。

操作方法：肺俞、脾俞均45°角斜刺，足三里直刺均用补法。

其他疗法

1.耳针：取肺、支气管、咽喉、交感。探测穴位后用短针刺入，留针30分钟，每日1次，两耳交替针刺、亦可用药籽贴于耳穴，每日按压2～3次，3天更换一次。

2.火罐：取肺俞、身柱。每日1次拔罐。

3.梅花针：取颈部、骶部。合并肺炎、肺结核、消化不良，可加刺胸部。用中等刺激叩打，不使皮肤出血，每日1～2次，7日为一疗程。

4.激光：取天突、膻中、肺俞。用小功率氦-氖激光针照射穴位，每穴3～5分钟。每日1次。

5.穴位注射：取肺俞、身柱、大柱。用0.25%普鲁卡因注射液，每穴注射0.5～1.0

毫升，每日1次。

文献选录

“小儿咳，日中瘥，夜甚，初不得息，不能复啼。”（《千金方》）

“肺虚者咳而气梗，时时常出气，喉中有声。”（《小儿药证直诀》）

“天哮者因时引传染。”（《幼科金针》）

“咳逆上气，羡出多唾，呼吸喘悸，坐卧不安，彧中主之。”《针灸甲乙经》

“三里主咳逆多唾。”“天突治咳逆上气，胸中气噎，喉中如水鸡声。”（《针灸资生经》）

“哮吼喘嗽：肺俞、足三里、中脘、俞府、天突、膻中。”（《针灸大成》）

“咳逆上气多吐冷痰，灸肺俞五十壮。”（《针灸集成》）

经验选要

1.针刺合谷、足三里治疗百日咳31例有显著效果。两穴均用泻法。体虚，足三里穴先泻后补；发热配大椎、曲池；食欲不振配内关、商丘；鼻衄配太渊、经渠，用泻法。31例中五次以内治疗27例、减轻4例。（河南医学院学报）

2.四缝穴治疗百日咳112例，用三棱针或5分毫针点刺，挤出粘液，每日1次，每次一手，左右手交替针刺。结果痊愈82例，显效21例，无效9例，有效率为92%。（《针灸医学验集》）

3.耳针治疗百日咳56例，取肺、支气管、肾上腺、交感、咽喉，每次针2～3穴，留针30～60分钟，两耳交替针刺，每日1次。治疗45例，显效4例，好转8例，无效3例。（《针灸医学验集》）

4.梅花针治疗百日咳280例，治疗35例，显效65例，好转101例，无效8例，有效率96%。（《针灸医学验集》）

评述

百日咳为儿科常见病，病理长且无特效药物，针灸治疗效果较好，特别是痉咳期的治疗效果显著。为减少疾病发生应加强预防措施，如疫苗注射、对病人及早隔离。为减少合并感染，并可配合中西药物治疗。　　王宗学

四　细菌性痢疾

细菌性痢疾，简称菌痢，俗称痢疾。它是一种由痢疾杆菌所引起的常见肠道传染病。病变部位和性质是结肠瘀血、溃疡的化脓性炎症，并伴有全身中毒症状，以发热、腹痛、腹泻、里急后重和排脓血便等为主要临床表现。

菌痢的传染源，是病人及带菌者粪便排出的痢疾杆菌。无论男女老幼，对本病有普遍的感受性。儿童感染菌痢的机会较成人为多，占发病总数的一半以上，尤其中毒性菌痢比较集中发生于儿童。菌痢全年均有散发，7～9月呈季节性流行高峰。

痢疾杆菌的型别极多，流行时临床表现上各不相同，菌型又经常变迁，较难控制。痢疾的菌型依其抗元的结构不同可分为A、B、C、D四个亚群，每个亚群中又有许多不同的血清型，发病各有其差别和特点，而且菌型随时间的变迁在发病上经常有所差别，所以菌痢的治疗也就较为复杂。

中医学对菌痢的认识，在《礼记》中早有“炮生为熟，令人无腹疾”的记载。《黄帝内经》对痢疾的症状，下利赤白，便脓血，腹痛，里急后重等已有描述，称之为“肠澼”。《难经》已有“大肠泄”、“小肠泄”、“大瘕泄”的分型；《伤寒杂病论》提出了许多有效的治疗原则和方剂。《甲乙经》用针灸在临床上辨证施治。元代朱震亨首先提出痢是一种传染病，“时疫作痢，一方、一家之内上下传染相似”，人皆受之。历代医家在长期的临床实践中，据痢疾的不同临床表现给予不同的命名，如肠澼、滞下、小肠泄、大肠泄、水谷痢、赤白痢、热痢、冷痢、赤痢、脓血痢、白痢、噤口痢、休息痢、疫痢、疫毒痢、奇恒痢等，临床中根据不同病情、病人体质、气候、季节、时令、发病特点进行辨证施治，可采用针灸、中药或针灸和中药并用等治法。

病因病机

中医学认为，本病致病因素不外乎外感与内伤两类。外感是指夏秋之际，暑湿邪气侵犯胃肠。内伤因饮食不节、过食生冷与不洁之物，湿热蕴积肠中与气血相搏而发病。若湿热蕴结于肠，热迫气滞则腹痛，大面积肠壁溃烂，传导功能失调，则大便滞涩不通，湿热伤及气血，气血凝滞，则热腐为脓而下痢脓血，湿热之邪下迫，则暴注下泄，肛门灼热，热邪伤津则口渴。若兼有表证者，常伴发恶寒、纯属里热的，则但热不寒。正如《温热经纬》注所云：“湿热之邪，内伏太阴……热郁湿蒸。传导失其常度，蒸为败浊脓血，下注肛门……伤气则下白，伤血则下赤，气血并伤，赤白兼下。”

若其人恣食生冷瓜果。有伤脾胃，中阳不足，寒湿内蕴，壅塞肠中，气血与秽浊之气搏结化为脓血，则成寒湿痢。若脾胃素弱，感受寒湿。或过服寒凉之品，或菌痢急性治疗不彻底日久不愈，营养不良，致使脾肾二脏阳虚成为虚寒痢。若湿热疫毒之邪上攻于胃，胃虚气逆，不能纳食，成为噤口痢。若痢疾迁延，正虚邪恋，则成久痢或时愈时发的休息痢，此为虚实相兼、寒热错杂之证。

现代医学认为，本病是由痢疾杆菌引起的，该菌经口进入人体后，主要在结肠粘膜繁殖，引起肠粘膜的炎性反应，病菌死亡后放出的内毒素，可被吸收入血，引起全身中毒症状。病理变化特点是结肠粘膜的弥漫性炎证、充血、水肿、大量炎性渗出，集合淋巴结肿胀、坏死，造成假膜，坏死组织脱落形成溃疡。

慢性菌痢的原因一般认为与急性菌痢治疗不彻底，或痢疾杆菌产生耐药性有关。此外，人体防御功能低下、营养不良，消化系统其他疾病，也是使急性菌痢转成慢性的因素。慢性菌痢患者的肠粘膜水肿增厚，溃疡长期不能修复，溃疡边缘的粘膜有时呈不规则息肉状增殖。纤维疤痕组织可引起局部粘膜萎缩，或肠腔狭窄。

中毒型菌痢发病原理尚不明，可能是特异性体质对细菌毒素所表现的强烈过敏反应，引起以急性微循环障碍为主的病理变化，以致出现休克、DIC、脑水肿与颅内压增高等现象。

临床表现

潜伏期为数小时至1周，大多数1～2天。根据痢疾的发病特点和临床表现，通常可分为急性与慢性二期。

1.急性菌痢：根据患者全身中毒与肠道症状的严重程度可分为以下四种类型。

（1）轻型：全身症状轻微，多无全身中毒症状。或有低热，有急性发作的腹泻，每天3～5次，左下腹压痛，里急后重无脓血，多为稀便或稍带白色粘液，病程持续3～8天，有可能自愈。

（2）普通型：起病急，早期可有中等度全身中毒症状，畏寒、发热，体温可达39℃，头痛，乏力，食欲不振，恶心，呕吐，继之阵发性腹痛及腹泻，脓血便，里急后重，左下腹压痛等肠道症状。脓血便每天可至数十次，严重病例，可引起脱水，致中毒和电解质紊乱。儿童可发生惊厥。病程持续10～15天后有可能变为慢菌痢。

（3）重型：起病急骤，早期可有严重的中毒症状。体温升高，恶心、呕吐，大便次数频频以至失禁，带血脓粘液便，里急后重显著，腹痛剧烈，全腹压痛，尤以左下腹为重，病人极度衰竭，四肢厥冷，意识模糊，谵语或惊厥，血压下降以至周围循环衰竭，危及生命。

（4）急性中毒性：大多发生在2～7岁体质较好的儿童，成人偶可发生。起病急骤，可在腹痛、腹泻尚未出现时即有高热，可达40℃以上。以精神萎靡、惊厥、昏迷、嗜睡、谵语、四肢冷等神经、精神症状开始。临床上可分为以下三型。

①休克型（循环衰竭型）：以感染性休克为主要临床表现，面色青灰，四肢末端发凉，口唇及甲床发绀，尿量减少，脉压差减少，脉搏快，昏迷，嗜睡，至晚期血压可测不出，脉搏细弱或摸不到。

②脑水肿型（呼吸衰竭型）：以中枢神经系统的症状为主要临床表现，伴有脑水肿，颅内压增高，脑疝与呼吸衰竭，早期常有反复惊厥，面色苍白，肌张力增强，血压正常或偏高，呼吸加快，至晚期神志不清，频繁或持续地惊厥，瞳孔大小不等。对光反射消失，呼吸节律不齐，出现叹息样呼吸，呼吸减慢，最后呼吸停止。

③混合型：循环衰竭、呼吸衰竭的临床表现兼而有之，预后极差。

2.慢性菌痢：病程在2个月以上，菌痢反复发作或迁延不愈者都列为慢性期，称为慢性菌痢。临床上可分为以下三型。

（1）慢性迁延期：既往有菌痢史，常有不同程度的腹痛、腹胀，便秘与腹泻交替或经常腹泻。大便间歇或经常带有粘液或脓血，腹部有压痛。乙状结肠触诊明显柔韧感（粗厚可触及）。

（2）慢性隐伏型：有菌痢病史，临床症状已经消失2个月以上，但粪便培养有痢疾杆菌及粘膜病变，临床不易发现。

（3）慢性菌型急性发作型：半年内有菌痢史，常由饮食不洁或生凉食物为诱因激起急性发作，腹痛、腹泻、发热、大便频繁、呈脓血便。一般病情较轻，恢复多不彻底。

各型菌痢经做大便培养和大便常规检查，都可资助诊断。

辨证施治

痢疾病邪侵犯下部，并以发热、腹痛、腹泻、里急后重及排脓血便等为主要临床表现，易于辨证。由于人体有强弱，受邪有轻重，病程有久暂；季节、环境、病人大便以及夹杂症的出现等不同条件，均影响症状的改变。为了便于掌握诊治的标准，临床辨证可分为以下五个证型。

1.湿热痢：腹痛，里急后重，下痢赤白，肛门灼热，小便短赤，舌红、苔黄腻，脉滑数。

2.疫毒痢：发病急骤，壮热，口渴，头痛烦燥，甚则昏迷痉厥，或腹痛剧烈，里急后重。痢下鲜紫脓血，舌质红绛、苔黄燥，脉滑数。

3.寒湿痢：痢下赤白粘冻，白多赤少，或纯为白冻伴有腹痛，里急后重，饮食乏味，中脘满闷，头身重困，舌质淡、苔腻，脉濡缓。

4.噤口痢：下痢不能饮食，呕吐，哕不能食的叫"噤口痢"，证见注下逼迫下痢，腹痛，食入即吐，或纳则胃痛，呕逆，或口干舌燥，干呕呃逆，脘痞不畅，舌苔厚腻或黄腻，脉细数或滑数。

5.虚寒痢：常见腹部隐痛，下痢稀薄而粘冻，食少神疲，口淡不渴，手足不温，喜暖怕凉或清晨鸡鸣而泻，舌质淡、苔薄白，脉细弱。

6.休息痢：下痢时发时止，日久不愈，发作时便下脓血，里急后重，腹部疼痛，舌质淡，脉弱或弦滑。

菌痢治疗原则，根据该病发生、发展过程，痢疾初起多属实证、热证，治宜清热化湿解毒，兼以调气行血，忌用收涩止泻；病程日久，多属虚证、寒证，治宜补虚治中；虚实夹杂、寒热错杂证，治宜攻补兼施，温清并用。

处方：天枢（双）　下脘　关元　足三里（双）　神阙

湿热痢，加曲池、水分，以清热利湿；疫毒痢，加大椎、十宣放血，以泄热解毒；寒湿痢，灸气海，针阴陵泉以温阳化湿；噤口痢，加中脘、内关以和胃降逆；虚寒痢，加脾俞、肾俞，以温补脾肾；休息痢、补脾俞、胃俞，以增强人体正气，泻次髎、大肠俞，以驱除下焦邪气。

穴方简释：天枢为足阳明胃经穴，又为大肠之募，疏调肠腑，理气消滞。关元、下脘为任脉经穴，前者为足三阴经与任脉交会穴，又为小肠之募穴；后者为足太阴脾经与任脉交会穴，疏通肠胃、理气导滞、清理湿热。足三里为足阳明胃经合穴，又为胃腑下合穴。合治内腑，调理脾胃；神阙为任脉经穴，用艾柱隔盐灸，温通元阳，化湿热祛积滞，共奏清热除湿、理气导滞之功。发热，加曲池，旨在清阳明之腑热，清热保津；大椎是督脉经穴，为诸阳之会，与曲池相配，疏泄阳明、通阳解表。

操作方法：进针达一定深度，施以捻转提插手法。实证用泻法，虚证用补法。腹部穴针感向四周扩散；下肢穴针感向上下传导，后留针30分钟，在留针中间，每隔10分钟行针 1 次；神阙穴隔盐大艾炷（每艾炷用艾2克）灸2壮。

疗程：一般每日针灸 1 次，若大便数一般在10次以上者，每日上下午各针灸 1 次；10次以下者，每日针灸 1 次，连续治疗 5 ～ 9 天。

慢性虚寒性菌痢的治疗以艾灸为主，用下脘、神阙、关元三穴隔盐灸3壮，每壮用艾绒2克；天枢、足三里用针刺，施补法，每日1次，连续7～14天，治愈为止。

其他疗法

1.耳针：适用于慢性痢疾。取大肠、小肠、皮质下，交感，神门。每天针刺1～2次，中强度刺激，留针15～20分钟。或用耳压法，将王不留行子用胶布贴压在两耳以上所列耳穴上，每天用手按压5～6次。

2.水针：适用于急、慢性菌痢。取天枢、关元、气海、足三里，用穿心莲注射液或黄连素注射液，每日注射2次。将穿心莲注射液或黄连素注射液，混入少许0.5～1%的盐酸普鲁卡因，每穴各注射0.5～1毫升，连续7天为一疗程。

3.皮肤针：常用于急、慢性菌痢。取足太阳经膈俞以下至小肠俞各穴及中脘、天枢、足三里。重复叩打，用较重刺激手法，每日2次。发热重者，加刺合谷、大椎；腹痛甚者，加刺内关。里急后重，加中膂俞。

4.电针：适用于急、慢性菌痢。取天枢、上巨虚、足三里、三焦俞。恶心、呕吐，加内关、中脘；小腹痛甚，加气海、三阴交；里急后重，加关元；高热，加曲池、合谷。采用疏波和疏密波，电流量用中等强度刺激，以病人能忍受为度，每日1～2次，每次通电15～30分钟，5次为一疗程。

临床上电针治疗菌痢的特点是作用快，疗程短，患者症状往往在1～3天内就能得到显著改变。

5.艾灸：适用于急、慢性菌痢，可分组取穴。一组：神阙。二组：神阙、关元、足三里。三组：天枢、气海、阴陵泉。神阙穴隔盐大艾炷灸，其他各穴按照艾卷回旋灸、温和灸、雀啄灸法操作。每日施灸1～2次，每次每穴20～30分钟，可一组穴单用，亦可三组穴交替使用。

6.刺淋巴结：适用于急、慢性菌痢。取腹股沟淋巴结，每次1个，用5%当归液或林格氏液注射，每次0.5～1毫升，每日1次，5～7次为一疗程。

7.足针：适用于急、慢性菌痢。取8号穴、5号穴。

8.敷贴：适用于急性菌痢。取神阙、大肠俞（双）。将热痢膏融化后，贴于穴位上。一般1张膏药可帖3天，但应每天两次揭下，再温化开合数次，使膏药之表面混合更新再帖。

热痢膏药物组成：大黄、苍术、香附、灵脂、茜草、梧桐叶、滑石、羌活、生姜、莱菔子、川乌、黄柏、陈皮、当归、酒芍、皂角、菖蒲、车前子、黑丑、黄连、木香、姜黄、僵蚕、蝉蜕、巴仁。

治热痢亦可用大黄末做小丸如玉米大，纳神阙穴内，每日更换1次。

文献选录

“病下血，取曲泉，五里……泄注肠澼便血，会阳主之……肠澼切痛，四满主之，……便脓血……腹中痛，腹哀主之……肠澼……中郄主之。”（《针灸甲乙经》）

"治泄水下痢脓血，可灸曲三壮，针入六分。"（《铜人针灸图经》）

"赤痢：内庭、天枢、隐白、气海、照海、内关。白痢：外关、隐白、天枢、申脉。"（《针灸大成》）

"赤白痢：长强、命门。里急后重：下脘、天枢、照海。久痢：脾俞、天枢、三焦俞、大肠俞、足三里、三阴交，均灸。"（《神应经纶》）

经验选要

《大肠肛门疾病问答》："针灸疗法，对菌痢有良好效果，收效快，能迅速减轻腹痛、腹泻、脓血便等症状。常用穴位，主穴是天枢、足三里、上巨虚；配穴是大肠俞、阴陵泉、内关、关元等。"（1983年）

广州中医学院等，针灸治疗细菌性痢疾30例，其中急性菌痢20例，慢性菌例10例。全组病例系由200余例急、慢性菌痢中不加选择地抽出之病例，自始至终用针灸治疗。取穴：急性菌痢，主穴取阴陵泉、天枢、足三里。配穴：兼表证者兼刺大椎、曲池、合谷。主穴均用平补平泻法，配穴均用泻法。初期每日针2次，症状控制后每日针1次，待症状消失、湿热已净时，则调理脾胃，施用补法，并灸足三里，气海，以充实元气。7～10日为一疗程。（1962年）

王刚等，用针灸治疗细菌性痢疾40例。取穴：主穴取阴陵泉（双），配穴取外陵（双）。有高热者，配内关。针刺穴位出现酸、麻、胀、痛为度，行针1小时左右，每隔10～15分钟行捻转或雀啄术1次，以强化刺激，每日针2次，7～10日为一疗程。疗效：全组病例，体温恢复正常日数平均为1.2天。呕心、食欲不振、周身疼痛等均随同体温的下降而减轻或消失。腹痛消失日平均为2.6天；里急后重消失日平均为2.24天；便次恢复正常日平均为3.3天；大便成形正常日平均为3.5天，脓血便亦随之消失。大便培养痢疾杆菌阴转日平均为6.7天。（1959年）

张涛清，用针灸治疗菌痢330例：取下脘、天枢、关元、足三里、神阙。前4穴用毫针进针到适当深度后行提插捻转手法至得气，使腹部穴针感向四周放散，下肢穴针感上下传导。同时隔盐艾灸神阙两壮，每壮用艾绒2克。高烧者，加刺大椎、曲池；腹痛剧烈且小便短赤者，加刺三阴交。每日针灸次数视病情轻重而定，为1～3次，留针30～60分钟，每5～10分钟行针1次，连续治疗5～9日。对无症状痢疾杆菌带菌者，重用艾条，即隔盐灸下脘、神阙、关元3次，每次3壮。针刺天枢（双）、足三里（双）二穴，采用快速进针，得气后，进行紧按慢提的提插补泻手法；留针30分钟，隔10分钟行针1次，每日1次，连续7～14日。治疗结果：针灸组累计330例，其中急性菌痢317例，治愈286例，治愈率为90.6%，平均治愈日为4.12天；16例无症状带菌者，经针灸治疗7～14天全部痊愈，细菌培养阴转日为6.8天。不同药物对照组共114例，其中107例为急性菌痢。用6种药物分组分别治疗，共治愈95例，总治愈率为88.89%，次于针灸治愈率（$P<0.005$），而且临床症状、体征的消失、恢复及粪便镜检与细菌培养阴转日，均比针灸组延长。

评述

根据古代医家的实践经验与现代医疗单位的临床疗效来看，针灸治疗菌痢有良好的效果。近年来张涛清等在大量临床实践基础上，进行了实验研究，他们选用158只恒河猴和68只兰州市郊家犬分别进行了分批复制菌痢造型，随机分为针灸治疗组与不治疗对照组，共取得54项有意义的客观指标，经过综合分析，初步阐明了针灸治疗痢疾病有抗炎、灭菌、防毒、解毒、提高免疫机能、调整生理功能、纠正物质代谢及促进病体尽快康复等作用。

这一结果，进一步肯定了针灸对本病的疗效，探讨了其作用机理，也为针灸治疗其他细菌感染性疾病提供了客观依据。目前这项研究工作正在进一步深入进行。

临床资料表明，对于无症状的菌痢杆菌带菌者，针灸也有满意的效果，能使其粪便镜检与细菌培养转阴，这为临床医生治疗此类患者提供了新的手段。

为预防本病的发生，应加强对饮食、水源、粪便的管理，发现病人应及时隔离。对有水、电解质及酸碱平衡紊乱者应予补液。对中毒型痢疾，应运用中西医结合的方法及时控制高热惊厥，纠正循环与呼吸衰竭，采取积极的抢救措施。

张涛清　刘福

五　破伤风

破伤风是破伤风杆菌所致的急性疾病，其临床特征为牙关紧闭，苦笑面容，强直性痉挛、阵挛性痉挛。特别是在声、光和饮水器具的刺激、诱引下，发作尤为频繁，如治疗不及时，可因呼吸肌痉挛而窒息。解放前本病发病率很高，解放后由于广泛推行预防接种，提高社会人群免疫力，发病率有明显降低。

古代称破伤风为“痉症”，《巢氏病源》中称之为“金疮痉”。《太平圣惠方》中始改名为破伤风，并称：“刀剪所伤，针疮所裂，……始则伤于亘脉，久则攻于脏腑，致身体强直，口噤不能开。”《外科正宗》亦云：“破伤风因皮肉损破，复被外风袭入经络，渐传入里，其患寒热交作，口噤咬牙，角弓反张。”

病因病机

中医学认为，本病以致病原因是在创伤之后，疮口未合，感受风毒之邪，侵于肌腠经络，营卫不得宣通，以致筋脉拘急，甚则内传脏腑，毒气攻心，引起的严重症状，使病情迅速恶化，往往造成死亡。

故本病可分为邪入肌表与邪毒内陷两证。破伤风初起，邪在肌腠，使经脉阻滞，卫气逆乱，则见肌肉痉挛，四肢抽搐，项背强急等证，此为邪入肌表证。病程发展，邪毒入里，侵犯脏腑，引动肝风，以致出现抽搐频繁，角弓反张，呼吸困难，神昏谵妄等证，此时邪毒隐伏，正气欲脱，则为危象，属邪毒内陷证。

现代医学认为，本病病原体是破伤风杆菌，为革兰氏阳性菌，其芽胞对外界有很强抵抗力，常存于人畜粪便和泥土中。当有伤口破损，该菌就可侵入，在厌氧环境下，细菌

迅速繁殖，并产生大量外毒素，该毒素与运动神经末梢结合，传达到脊髓前角运动细胞，并扩散到大脑中央回的肌肉运动区，引起局部或全身肌肉阵发性痉挛、抽搐等病症。

临床表现

潜伏期因伤口部位、感染情况、免疫状态等而异，有1～2日至50日以上不等；一般为1～2周。其前驱期常有乏力头痛，多汗烦躁，反射亢进，伤口干陷无脓，有疼痛牵引感。其临床表现，一般可分为轻、中、重三型。

轻型：潜伏期在10天以上，症状于4～7天内逐渐发展，每日仅数次（一般少于3次），肌痉挛发作。牙关紧闭和颈肌强直均较轻，无吞咽困难。

中型：潜伏期7～10天，症状于3～6天内较快地发展，有明显牙关紧闭和吞咽困难，并可伴有角弓反张。有轻度发绀而无呼吸困难或窒息。肌痉挛初轻而短，继较多（每日3次以上）而剧烈，一般于发病48小时后才出现。

重型：潜伏期短于7天，症状于3天内即发展到高峰，有明显牙关紧闭，角弓反张，呼吸困难或窒息、高热、交感神经亢进（多汗、肢端皮肤发冷、血压升高、心动过速、阵发性早搏等）等，有时伴有抽搐、谵妄、昏迷等。肌痉挛发作频繁（可多达数分钟一次）或持续。

辨证施治

1.邪入肌表证：

主证：初见烦躁不安，继则肌肉痉挛，面呈苦笑，牙关紧闭，四肢抽搐，项背强急，脉紧，苔腻。

治则：祛风解肌，调理经气。

处方：大椎（±）　风池（－）　曲池（－）　外关（－）　阳陵泉（±）　承山（±）（双）

穴方简释：大椎为督脉及手三阳之会穴，平补平泻可疏散风邪；风池、曲池、外关，泻之可祛风解表；阳陵泉为筋之会，配承山可止痉制抽。

操作方法：大椎、阳陵泉，平补平泻，其他穴均施紧提慢按行六数之泻法。

疗程：每日3～4次，至抽搐被控。

2.邪毒内陷证：

主证：抽搐频频，呼吸困难，体温升高，痰涎壅盛，小便短少，继之则见神昏，谵语，苔黄腻，脉浮大散乱，或见沉紧。

治则：滋阴潜阳，镇肝熄风，扶正固脱。

处方：阴谷（＋）　阴陵泉（＋）　肝俞（－）　大椎（±）　风府（±）　气海（＋）　关元（＋）　行间（－）（双）

酌情选取筋缩（±）、下关（±）、颊车（±）、十宣（－）、人中（－）。

穴方简释：阴谷为肾经之合穴，属水；阴陵泉为脾经之合穴，亦属水。两穴均为滋阴要穴，用补法可以滋阴以潜肝阳。肝俞、行间泻之可镇肝熄风，大椎、风府可

疏散风邪；筋缩可制痉；下关、颊车可开启口噤；十宣可泻热；关元、气海可补气防脱。

操作方法：阴谷、阳陵泉、气海、关元，施补法；肝俞、行间，施泻法；余穴平补平泻，手法宜重。

疗程：视病情而定，一般每日需3～4次，直至症状缓解。

其他疗法

1. 电针：取颅顶、眉间、颞部、下颌齿槽神经点，上臂桡神经线下1/3，前臂正中神经线中1/3，腓深神经线上1/3，胫神经线下1/3，以及百会、印堂、下关、曲池、合谷、足三里、三阴交等穴。使用脉冲电流，每日1～2次，每次40分钟，对于发作频繁的患者，可以留针。

2. 耳针：取皮质下、枕、心、脑点、神门。每次2～3穴，中强刺激，留针30分钟，日1～3次。

文献选录

“人中除脊膂之强直。”“两肘拘挛，仗曲池而平扫。”“头项强直，承浆可保。”（《通玄指要赋》）

“痉病非颅息而不愈。”“脊强（取）水道、筋缩。”（《针灸聚英》）

“中风肘挛：内关。”“脊反折：哑门、风府。”“口噤不开：颊车、承浆、合谷。”（《针灸大成》）

经验选要

毕福高治疗破伤风7例。取穴：风池、百会、人中、印堂、夹脊穴、四关、阳陵泉、丰隆、曲池。发作时，取人中、风池、大椎为主穴，配四关、肝俞、昆仑、委中；口噤不开者，以下关、颊车、翳风为主穴，配用合谷；高热者，以风池为主穴，配合大椎。缓解期：取四关、后溪、丰隆、印堂、夹脊穴、委中。操作：使用泻法，留针时间宜长，正虚者可平补平泻。疗效：7例中，全愈5例，显效1例，无效1例。

评述

针灸治疗破伤风，效在治标，以解痉为主，如能恰当运用，可使患者不至因呼吸肌痉挛而窒息死亡，以挽救其生命。但在针治的同时，应当配合抗生素，和西药镇静剂。以求全策。

毕福高

第三节　结核病

结核病是一种由结核杆菌所致的慢性传染病。人体在抵抗力弱的情况下感染，或在

其他疾病条件下诱发而患病，它是全身性疾病、各个器官都可发生，其中以肺结核最为多见。传染途径是健康人吸入了带菌的飞沫、尘埃，通过呼吸道感染。胃肠感染如共进餐或饮用未完全消毒的牛奶引起，但较少见。

结核杆菌侵入人体后，表现为特殊的病理变化。结核结节、干酪样坏死或空洞形成。临床表现乏力、渐热、颧红、盗汗、消瘦、干咳、咯血。

一 肺结核

肺结核可分为原发和继发两种类型，原发型肺结核多见于儿童，全身性反应较重，继发型肺结核是再次感染患病、多见于青年和成人，局部反应较强。

中医对本病称为传尸、痨瘵、疰、痨疰、毒疰、传尸骨蒸等，历代医家对肺结核的病因、传染性及证状均有详细描述，如《中脏经》中说："传尸者，非一门相染而成也……或问病吊丧而得，或朝走暮游而逢。"《肘后急急方》中说："死后复传至旁人、乃自灭门。"在治疗方面还提出了"杀虫"，"杀虫以绝其根"的治疗原则。

病因病机

禀赋虚弱或嗜好不当、悲怒忧思情志不畅致使正气虚弱，痨虫乘虚侵袭人体，居肺间、蚀肺系，出现咳嗽、咳血、声嘶。肺体受损可影响其他脏腑，脾土生金，若饮食失于调养，脾胃气虚精气不能归肺、肺虚又病及于脾出现食少便溏，或肺虚致肾精失于资生，出现梦遗失精、月经不调、骨蒸内热。真阴不足，可致心肝火旺上炎于肺，肺阴受灼出现盗汗、不寐、胸胁疼痛、善怒多悲。总之，一脏发病酿及多脏亏损，尤其肺脾肾三脏，交互亏损致病程绵绵，终至阴损及阳、元气耗损、病情加重。

临床表现

肺结核的临床表现根据发展，可分为原发性肺结核、急性粟粒性肺结核、浸润性肺结核及慢性空洞性肺结核四类型。其表现又因机体反应、病灶性质和范围不同而异。一般可见有疲倦乏力、逐渐消瘦、食欲不振，微有咳嗽，偶或痰中带有血丝。继则咳嗽加剧，干咳少痰或痰多黄白不一，长期午后或夜间发热、颧红盗汗，时时咳血或咯血，胸痛气急，失眠易怒，男子可有梦遗失精，女子可有月经不正常甚而闭经。终至可有大骨枯槁、大肉陷下、骨髓内消、发焦毛耸、肌肤甲错、气喘音哑、大便溏泄、肢体浮肿渐趋危候。病变轻的体征不明显，病灶范围大或空洞与支气管相通可有较明显的体征。

辨证施治

1.肺阴虚：干咳少痰，痰中偶带血丝，潮热盗汗，颧红，咽干口燥，舌质红，脉细数。

处方：肺俞　中府　孔最　膏肓

穴方简释：肺为娇脏、喜润恶燥，肺体受侵耗伤肺阴，治疗宜补阴清热润肺。肺俞是肺经经气转输的处所，中府为肺脏经气汇聚之处，俞募相配可清肺止咳；孔最是肺之

郄穴，可治本经急症顽症，清热镇咳以止血；太渊、膏肓，补气育阴，共起润肺止咳作用。

操作方法：胸背部之肺俞、中府、膏肓宜斜刺勿深，太渊需躲避血管，刺深0.5～0.8寸，每日1次，10次为一疗程。

2.脾肺气虚：气短咳嗽有痰，胸闷纳呆，神疲乏力，面色㿠白，语音低弱，恶寒，苔白，脉细弱。

处方：肺俞　膏肓　足三里　三阴交　膻中　内关

穴方简释：肺俞、膏肓，为治肺部虚损的要穴；足三里、三阴交，可扶正健脾起补土生金的作用；膻中，宽胸调气；内关，理气和胃，协调脾肺。

操作方法：肺俞、膏肓斜刺、膻中平刺，其他诸穴为直刺，每日1次，10次为一疗程。

3.气阴两虚：咳嗽、少痰，气短或痰中带血，神疲乏力，面色㿠白或浮肿，颧红，骨蒸潮热，自汗盗汗，食少便溏，咽干口燥，舌质红、苔薄或剥落，脉细数无力。

处方：肺俞　膏肓　大椎　百劳　尺泽　阴郄　合谷　复溜　太溪

痰中带血，用膈俞、尺泽、孔最；食少，用中脘、三阴交；遗精，用关元、神门；月经不调，用中极、三阴交、血海；失眠多梦，用内关、神门、安眠、百会。

穴方简释：百劳、大椎，清热通阳治骨蒸；阴郄、尺泽，养阴清热；复溜、太溪，益肾降火，配合谷治盗汗自汗；肺俞、膏肓，益肺治虚损。诸穴相伍，有补肺、养阴、益肾、清热之功。

操作方法：百劳直刺0.3～0.6寸，大椎、肺俞、膏肓斜刺0.5～1.0寸，其它诸穴直刺1.0寸，每日1次，10次为一疗程，也可艾灸。

其他疗法

1.耳针：取肺、脾、肾、内分泌、神门、交感。用毫针或药籽按压，每日或隔日1次，两耳交替使用。也可于耳穴上注入稀释的链霉素，每穴注药0.01克，每次3～4穴。两耳交替注药，10次为一疗程。

2.穴位注射：取百劳、肺俞、膏肓、中府、足三里。用链霉素药1毫升（相当0.2克），垂直注入穴位，每次2～3穴，15次为一疗程。（注意：注药前应作过敏试验）

3.穴位贴敷：将大蒜1头、硫磺末6克、肉桂末3克、冰片3克，共捣为泥，取10克分别贴于涌泉穴。贴前先在皮肤上涂植物油以防起泡，贴后用胶布固定，持续3～5小时，每天1次，连贴3天，对肺结核突然咯血者有效。

文献选录

“三里治五劳羸瘦、七伤虚乏，……肺俞治寒热喘满、虚损口干，传尸骨蒸劳，肺痿咳嗽，膏肓治羸瘦虚损，梦中失精。”（《针灸资生经》）

“骨蒸痨热灸四花穴。”（《针灸聚英》）

“痨瘵传尸、魄户膏肓之路。”（《百症赋》）

“传尸骨蒸、肺痿、膏肓肺俞四花穴。”（《针灸大成》）

"久咳劳热者灸肺俞。"（《灸法秘传》）
"痨瘵症灸腰眼穴。"（《针灸集成》）

经验选要

1.有人对291例肺结核治疗观察。其中有浸润型、血性播散型、局灶型、慢性纤维空洞型。全组均按辨证取穴治疗，肺虚证取肺俞、膏肓、尺泽、太渊、鱼际等。脾胃虚证，取脾俞、胃俞、中脘、天枢、足三里等；肝肾虚证，取肝俞、肾俞、关元、三阴交、太溪等。隔日1次，20次为一疗程，共治两疗程。结果：浸润型肺结核224例，有效率为83.9%；慢性纤维空洞型结核22例，轻度吸收者3例，无变化17例，恶化2例；血行播散型18例，显著吸收者6例，轻度吸收9例，无变化2例，恶化1例，有效率83.8%，局灶型肺结核27例，显著吸收15例，轻度吸收8例，无变化4例，有效率81.1%，治疗后咳嗽、胸闷、咯痰、潮热、盗汗、失眠、食欲不振均可很快好转或消失。

另有报道，针灸治疗肺结核200例，认为针灸对盗汗、遗精、胸痛、食欲不振、小量咯血、失眠效果较好，咳嗽次之，长期发热无效，总有效率84.5%，症状完全消失占60.7%。（《针灸医学验集》）

2.梅花针治疗肺结核193例，失眠改善91.7%，胸痛减轻84.7%，咳嗽有效率85.7%，头昏痛改善100%，盗汗改善100%，气喘咳嗽有效55.6%，总有效率为88.6%。（《中医杂志》）

评述

针灸治疗肺结核根据历代文献记载，均有较好效果，特别是随着医学发展，治疗效果不断提高，尤其是改善临床症状更为显著，但本病为慢性传染性疾病，除对患者进行针药综合治疗，配合营养疗法其效更佳。对广大群众做好卫生宣传教育，及早发现及时治疗，制止传播，积极预防，并做好儿童卡介苗接种是减少本病的重要措施。

二　颈淋巴结核

颈淋巴结核，是周围淋巴腺结核中常见的一种，由结核杆菌经口腔、鼻咽部达到颈部淋巴结群而引起，一般为单侧发生。也可以当人体免疫力降低，或在原发结核基础上，经血循环侵入淋巴腺，此种情况多表现为颈部双侧病变。本病儿童及青年多见。

中医称颈淋巴结核为瘰疬、疬子颈、痰核、鼠疮。

病因病机

情志不畅、肝气失于条达，影响脾的运化功能，久而郁结化火，炼液为痰，痰火上升，结于颈项；或肺肾之阴不足、津液输布功能失常，凝聚为痰；或感受风热毒邪、痰浊交阻成核。总之，由于营卫不和，气血凝滞及津液输布失常所致。日久还可因气血双虚造成肝肾亏损。

临床表现

初起可无自觉症状，仅在颈部的一侧或两侧有一个或数个淋巴结程度不等的肿大、皮色不变、可移动、较硬、无疼痛。也可有低热、乏力、盗汗。由于周围炎症，数个淋巴结可粘连在一起形成肿块，推之不能活动。日久硬结变软，皮肤呈紫红色、稍疼、有波动感，继之破溃、脓水清稀夹有干酪样物，日久不愈合形成溃疡或窦道，甚至由于粘连影响肩颈活动。全身可见消瘦、神疲乏力、食欲差、贫血、低热盗汗，儿童发育较迟缓。

辨证施治

1.痰凝气滞：耳前后及颈间可见小如豆粒，大如银杏的淋巴结，皮肤颜色不变，无明显疼痛，推按可移动。或皮肤微红胀痛，淋巴结相互粘连，食欲减退，脘胀胁痛，苔白，脉弦。

治则：散结化痰，疏肝健脾。

处方：天井（－） 翳风（－） 中脘（＋） 阳陵泉（－） 足临泣（－）

酌情选配章门（＋）、足三里（＋）（双）。

穴方简释：天井、翳风，可消火散结；阳陵泉、足临泣，为少阳经穴，肝胆表里，可疏肝、解郁、消瘰疬；章门、中脘、足三里，可除湿化痰。

操作方法：翳风、章门穴斜刺，章门不可深刺，其他诸穴可直刺也可温针灸，每日1次，10次为一疗程。

2.肝肾阴虚：痰核相互粘连推之不移，溃不收口形成窦道或收口又发，缠绵难愈，脓水清稀夹有干酪样物，形体消瘦，头晕耳鸣，神疲倦怠，午后潮热，咳嗽盗汗，心烦食少，舌红，脉细数。如风热毒气内侵，则痰核局部红肿灼热疼痛，身现寒热，苔黄，脉浮数。

治则：滋阴清热，化痰散结。

处方：百痨（±） 天井（±） 少海（±） 阴郄（±） 膏肓（＋）

酌情选配肺俞（＋）、脾俞（＋）、肾俞（＋）。有热毒，可加大椎（－）、曲池（－）、陶道（－）、肘尖（－）。

穴方简释：天井、百劳、肘尖，为消瘰疬、去痰核的经验穴；少海、阴郄、降火、化痰、治盗汗；大椎、曲池、陶道，清热解毒；取背部其他俞穴，主要为扶正固本。

操作方法：背部诸穴均斜刺0.8～1.0寸，用补法；其他穴为直刺，可温针灸。每日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.火针：对未溃破的淋巴结结核适宜，医生用左手将局部结核捏住，右手将烧至通红的圆利针，迅速直进直出地刺入核心，针刺时注意避开血管，每次刺1～2个核。如核较大，可对核多处刺3～5针，外贴拔毒膏药。如有脓，要抹去后再贴，隔10～15日一次。

2.灸疗：分组取穴。一组：百劳、天井；二组：肘尖、局部。穴位上用艾炷直接灸，局部为隔蒜灸。将蒜片放在局部，艾炷放在蒜片上，每次艾炷需燃尽才给予更换，直接灸至蒜片焦枯，局部起泡或是一、二度烧伤，用紫药水涂布不必另外处理，1个月灸1次。第2次灸疗稍需避开瘢痕。

3.挑治：取阳性反应点、肝俞、膈俞。方法：第7颈椎至第7胸椎的肩胛间距内找出阳性反应点。消毒皮肤，用三棱针挑破皮肤及皮下纤维，5～7日一次，5次为一疗程。

文献选录

"寒热瘰疬在于颈腋"，"此皆鼠瘘，寒热之毒气也，留于脉而不去者也。""鼠瘘之本，皆在于脏。"（《灵枢·寒热篇》）

"瘰疬者，累累如串珠，连接三五枚……其先小后大，初不觉疼，久知方痛，"（《外科正宗》）

"瘰疬少海天井边。"（《胜玉歌》）

"生颈前项侧，结核如绿豆，如银杏，曰瘰疬。"（《医学入门》）

经验选要

有人报道，火针治疗50例瘰疬，最小13岁，最大51岁，病程一年以内41例，1～5年6例，5～10年2例，10年以上1例。其中有肿大淋巴结及溃破的同时存在15例，形成瘘管4例，经治痊愈48例，显效后未坚持治疗2例。（《针灸医学验集》）

有人以金针为主治疗瘰疬鼠疮200例，年龄最小者10岁，最大者60岁。病程最短1个月，最长10年。用6寸长的金针由曲池向上透刺同侧臂臑穴，依虚实进行捻转补泻，留针期用爪甲刮其针柄片刻，再行捻转以捻不动时为止，治疗中也可配合火针或加灸。结果：结核消失恢复正常45例，结核缩小2/3以上显效48例，结核缩小1/3有效的100例，结核无明显改善无效7例，总有效率为96.5%。（《针灸医学验集》）

评述

颈淋巴结核为一慢性炎症疾患，其发生除与结核杆菌侵入有关外，与营养障碍、机体免疫力低下关系密切，因此，改善卫生条件做好结核病人的管理，改善人民生活，加强营养，做好卡介苗的接种，是减少发病的重要环节。

王宗学　徐[illegible]南

第四节　寄生虫性传染病

一　阿米巴痢疾

阿米巴痢疾，亦称阿米巴肠病，是溶组织阿米巴原虫侵入结肠所引起。表现为肠炎

或痢疾，易复发而变为慢性，或成为无症状的带菌者。

本病可见于世界各地，而以热带和亚热带为多发，国内华北比华中华南为高，夏秋季发病较高，一般为散发性，男性患者多于女性，幼婴至老年均可发病，而以20～40岁的青壮年为多发。

本病的传染源为带包囊者，慢性和恢复期患者，从粪便中排出包囊，通过污染的手和食物、水等经口入体，苍蝇和蟑螂等可携带包囊而起传播作用。

中医无阿米巴病名，但从临床症状表现为肠炎者，属于泄泻范畴；表现为痢疾者，则称为痢疾或下痢。

病因病机

中医对本病的原因，可分外感和内伤两大因素。其属于外感者，如感外风、寒、暑、湿等邪，阻于胃肠，影响消化和传导功能；属于内伤者，为饮食失节、饥饱劳役等伤及脾胃，致使运化功能失常，均可导致痢疾或泄泻。其初起时，多属实证，如久延不愈或反复发作，则成为正虚邪实，虚实夹杂证。

现代医学认为吞食包囊后，人体抵抗力强者，可以不发病或成带包囊者，但如条件适宜，则可产生肠道病变和轻重不同的腹泻症状，并可因进刺激性饮食等导致较重的发作。

包囊进入胃肠道后，囊壁为肠液消化，滋养体即脱囊而出，并分裂成长，侵入肠粘膜，在粘膜下造成坏死和脓肿，最后形成溃疡而引起腹泻、下痢等轻重不同的症状。

临床表现

潜伏期从数天至2周，偶有长达数月或数年者。症状轻重不一，以无症状而带包囊者和轻型者为多，典型病例较少见。可分以下几型。

1.轻型：患者大便带稀，一日数次，或大便正常，仅感腹部隐痛和作胀，或轻度腹泻与便秘交替发作，粪便中常夹有粘液和少量血液，可找到包囊和少数滋养体。

2.痢疾型：发病缓慢，开始轻度腹泻，逐渐增多，每天从3～5次至10余次不等，大便成果浆样，含血和粘液，有腐败恶臭，可找到大量滋养体，一般不发热或伴低热，里急后重多不明显，下腹有压痛。

3.暴发型：以恶寒高热，急骤发作，腹痛腹泻，便次每日达10～20次以上，呈水样或白水样，并伴呕吐而导致失水，甚至谵妄等毒血症症状，易于继发肠出血和肠穿孔。

4.慢性型：多由痢疾型迁延而成。病情反复发作，间歇可无症状，在饮食失常、劳累等而出现腹泻或痢疾样大便。

本病的诊断，以粪便中找到滋养体或包囊为确诊依据，周围血象白细胞总数及分类在急性期者可稍见升高，乙状肠镜检查对诊断有帮助。

辨证施治

1.肝脾不和证：

主证：大便不实或泄泻，便中夹有粘液或见少量血液，每日3～5次，腹中隐痛，

或见腹胀，或腹泻与便秘交替发作，食欲不振，肢倦少力，舌苔薄白，脉软弱或弦，多见于轻型。

治则：疏肝理气，健脾利湿。

处方：天枢（±） 气海（±） 足三里（±） 太冲（±）（双）

酌情选配 阴陵泉（±）、三阴交（±）（双）。

穴方简释：太冲，以疏调肝气；足三里，以调理脾胃；大肠之募天枢，以调整大肠传导功能；气海，以调理气机。配阴陵泉、三阴交，以健脾化湿。肝气调畅、脾运正常，则诸症自愈。

操作方法：一般用平补平泻手法。如便次多、腹痛较重时，可适当行提插泻法，留针20分钟。

疗程：开始时每日治疗1次，连续3～5次后，间日1次，10次为一疗程。

2.湿热内蕴证：

主证：腹痛、腹泻，每日数次至10余次，大便稀溏如果浆样，夹有粘液和脓血，秽臭异常，或伴有发热和里急后重，少腹都有压痛，小便短赤，口渴欲饮，食欲不振，舌苔黄腻，脉象滑数。多见于痢疾型。

治则：清热化湿，通腑导浊。

处方：大肠俞（－） 天枢（－） 阴陵泉（－） 气海（－） 上巨虚（－）（双）

酌情选配曲池（－）（双）、合谷（－）（双）、内庭（－）。

穴方简释：本证为湿热秽浊之邪蕴于胃肠，伤及阳明气血所致。故取大肠之俞（大肠俞）、募（天枢）及其下合穴（上巨虚）以清泄热邪，宣化秽浊；气海，以理气缓痛；阴陵泉，以理脾化湿。其体有身热者，配曲池、合谷以清阳明之热。

操作方法：各穴均宜用提插泻法，反复行针，加强针感，身热盛者，宜久留针以加强退热作用。

疗程：每日治疗1次，5天为一疗程。

3.热毒内陷证：

主证：起病急骤，恶寒高热，烦躁不安，口渴引饮，大便泄泻，所下为水样或血水样便，每日多达几十次，并见呕吐，皮肤干燥，甚则神志昏糊，澹言妄语，舌质红绛，脉象滑数或细数。见于暴发型。

治则：宣泄解毒，清心宁神。

处方：人中（－） 劳宫（－） 十二井穴（－） 天枢（－） 足三里（－）（双）

酌情选配曲池（－）、内庭（－）、太溪（＋）（双）。

穴方简释：本证热毒内蕴心营，致使神昏澹妄。故泻劳宫及各经井穴出血，以清心营之邪热；刺人中，以清神志；取天枢、足三里，以宣泄肠中热毒之邪；配曲池、内庭，清阳明而退身热；取太溪，滋水救津，以顾其本。

操作方法：人中、劳宫，宜深刺；十二井穴，用三棱针点刺出血；其余各穴，用提插结合捻转泻法，反复行针，并久留针。

疗程：每天治疗２～３次，严密观察。

4.脾胃虚弱证：

主证：大便不实，或溏或泻，便中夹有粘液或血液，每日３～５次，反复发作，轻重不定。腹部或痛或胀，食欲不振，神倦肢乏，面色萎黄，舌质淡、苔腻，脉弱。见于慢性型。

治则：调补脾胃，宣化湿浊。

处方：脾俞（＋）　胃俞（＋）　天枢（－）　足三里（－）（双）

酌情选配阴陵泉（±）、三阴交（±）（双）。

穴方简释：久病脾胃虚弱，运化无权，便泻反复。故取脾胃二俞和足三里，以调补之；天枢，调理肠道而止腹泻；阴陵、三阴交，以健脾化浊，标本兼顾。

操作方法：脾俞、胃俞，均用补法；针后加艾条灸。腹胀泻较重时，天枢、足三里，可适当轻泻；阴陵、三阴交，用平补平泻法。

疗程：间日１次，10次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取大肠、小肠、交感，配以脾、直肠下段、三焦、内分泌。针刺法、压丸法、光针法等均可采用。

2.艾灸：取天枢、气海、足三里，用麦粒大小艾炷，用无瘢痕灸法，每穴为５壮，每日１次，连续１～３个月。适于慢性型的治疗。

文献选录

“肠鸣僻泄，下髎主之。便脓血、寒中、食不化，腹痛，腹哀主之。”（《针灸甲乙经》）

“丹田、主泄痢不禁。曲泉主治泄水下利脓血。”（《针灸资生经》）

“痢疾：曲泉、太溪、太冲、丹田、脾俞、小肠俞。溏泄：太冲、神阙、三阴交。”（《针灸大成》）

经验选要

朱璪昌报道，用针刺治疗阿米巴痢疾13例，取穴：主穴为天枢、石门、足三里。配穴为曲池、下脘。操作用重刺激法，得气后留针30分钟以上，每隔５分针捻转一次。其中１例用穴位封闭法。结果13例中痊愈11例，好转２例。针治次数最少２次，最多14次，平均６次。大便次数及形态恢复正常，粪便阿米巴原虫检查阴转。（1965年）

评述

1.本病初期与轻证较易治疗，对于痢疾型及慢性型者，根治较难，必须作较长时期的治疗，才能治愈。

2.暴发型症情严重，必须中西医结合进行抢救，不能单用针灸治疗。

3.病人的粪便、用具和食具应予消毒，以防传染；注意日常生活，防止暴饮暴食和

大量饮汤。保持人体和胃肠道功能的正常，对预防感染和本病复发有一定作用。

4.治疗时除按本篇所述治法之外，还可参考肠炎和细菌性痢疾的治疗方法。

邱茂良

二　蛔虫病

蛔虫病是人蛔虫寄生于人体内所致的疾病，以小儿为多见。在病程早期蛔蚴在体内移行，可引起全身过敏与呼吸道症状，成虫寄生在肠道则引起肠道功能紊乱，少数患者，可并发胆道蛔虫和蛔虫性肠梗阻等危重病症。

蛔虫病是中医病名，古代称蛟蛕、长虫等，早在《素问·咳论篇》与《灵枢·厥病》篇中就有肠道蛔虫病的记载。《灵枢·上膈》还介绍了针刺治疗蛔虫病的方法，说明当时对本病已有一定的研究。

病因病机

中医认为蛔虫病发生原因为：

1.饮食不洁：进入被蛔虫卵污染的食物，如吃了有蛔虫卵的瓜果蔬菜等，虫卵由口腔输入，寄生繁殖而发病。如《奇效良方》云："杂食生冷，或食瓜果与畜兽内脏遗留诸虫之类而生。"

2.饮食失节：如过食油腻或生冷饮食，损伤脾胃，运化无权，积湿生热，有利于蛔虫的孳生和繁殖。

此外如体质柔弱，胃肠功能低下，均易于导致肠寄生虫病的发生。

现代医学认为蚴虫迁移期，可出现各种不同症状。如蚴虫移行到肝，可导致肝脏炎性病灶，右上腹痛，肝大压痛和肝功能不正常等。蚴虫移行到肺，可引起肺微血管过敏反应，形成肺部炎症，可见咳嗽、发热类似感冒症状等等变端。成虫寄生在小肠，它的代谢产物或毒素，可引起人体中毒症状，并有消化道功能失调及营养障碍。蛔虫钻窜习性强，当受到刺激时，如高热、驱虫不当、季节变化、胃肠功能紊乱时，可钻到人体内脏狭窄部位引起严重并发症，常见者有胆道蛔虫，蛔虫性肠梗阻等。

临床表现

蛔虫寄生于小肠内，轻者几条至十几条，重者可达几百条。大量蛔虫主要以小肠内乳糜液为食物，直接影响患者的营养，且分泌多种蛋白酶的抑制剂，影响人体的消化吸收，导致患者身体瘦弱。

肠道蛔虫数量不多的，一般可无明显症状，有的可见食欲不振，腹痛多位于脐周或稍上方。痛无定时，反复发作，时间长短不定，痛时喜得揉按，或有偏食或异嗜，或有呕吐、腹泻、便秘等。由于大量蛔虫寄生消耗营养，患者尤其小儿，全身消瘦，毛发焦稀，面色萎黄，或有低热，精神萎靡或兴奋不安，失眠易惊，磨牙等，导致生长发育迟缓，智力发育差等现象。

如蛔虫逆行入胃，使胃气上逆，则为吐蛔，如蛔虫结成团块，阻塞肠道则可成为肠

梗阻，蛔虫钻进胆道，则为胆道蛔虫。（详见外科部分）

此外在面、目、唇、爪甲等处，往往可见虫斑，如面部白斑，唇内粟状白点，舌上红点，舌苔花剥等状。

诊断蛔虫病，可根据临床症状，大便有排虫史，或大便检查找到蛔虫卵，可以确诊。

辨证施治

肠蛔虫病：证见绕脐腹痛，或发或止，喜得揉按，一般疼痛较轻，如蛔虫多时，阻塞肠中，往来攻冲，则可见绞痛，痛剧时面色青白，过后则如常人。小儿虫病久延，多见面色黄滞，肢体瘦弱，腹部胀大，毛发焦稀，性情怪癖，嗜食泥炭等异物，舌苔黄剥，脉象细弱。

治则：驱虫为主，调理脾胃。

处方：四缝穴（－）　大横（±）　气海（±）　百虫窠（±）　足三里（－）

腹部胀大，加肝俞（＋）、脾俞（＋）、三阴交（＋）。

穴方简释：四缝穴，根据实验观察有明显的排虫作用，故本方作为主穴；大横、气海，调整胃肠气机，既可止痛，又能调整肠道功能，促进蛔虫之排出；百虫窠，为治虫专穴；足三里，调理脾胃，以扶助正气。各穴协同共起驱虫与调理脾胃之功。其久病肝脾虚弱、形体消瘦、腹部胀大者，在原方驱虫为主的基础上，加肝脾两俞及三阴交等，以补养肝脾，为虚实兼顾，攻补兼施之法。

操作方法：主方中四缝穴，用粗针刺之，挤出白色粘液。大横宜深入1.5寸以上，行强刺激法，反复行针，加强针感。其余各穴可用平补平泻法，留针30分钟，配穴中肝脾二俞，用提插补法针后加艾条灸，三阴交亦用补法。

疗程：一般每日1次，连续3天。观察大便排出情况，对于身体虚弱的患者，可间日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取胃、小肠、耳迷根、交感、神门，针刺，反复行针，留针。

2.指压：让病员伏卧，取至阳，灵台，术者用双手拇指由轻至重按压，直至疼痛缓解为止。

3.拔罐：在腹痛局部或相对应的背部拔罐。

文献选录

"心肠痛，憹作痛，肿聚，往来上下行，痛有休止，腹热喜渴涎出者，是蛟蛕也。以手聚按而坚持之，无令得移，以大针刺之，久持之，虫不动，乃出针也。"（《灵枢·厥病》）

"蛔疳：皱眉多啼，呕吐清沫，中脘作痛，口唇或红或白，腹胀露筋，肛门湿痒。""脯露疳：虚热来往，头骨分开，翻胃吐虫，烦渴呕秽。四缝穴用粗针刺之，挤出白色之水液，至见血乃已，或用针交叉灸法，或用中食二指割脂。"（《中国针灸学讲

义》）

经验选要

1.张梦石等，单用双侧四缝穴，治疗肠蛔虫病267例，其中6例为蛔虫性肠梗阻。操作方法：针刺深1.5～3毫米，针法分两种：①进针后左右捻转10～20分钟，即出针；②留针2秒钟退针，退针后用手指轻压穴位周围，使有少量无色透明液体如水珠状溢出，或血水样液体渗出。针刺由中指开始，然后依次在食指，无名指和小指针刺。针后3天内观察大便排虫和一般症状的改变情况，无效再针1～3次。结果用第1种治法治疗213例，针治1次排虫者88例，占41.3%；用第2种治法治疗54例，针治1次排虫者25例，占46.3%，一般多在3天内排虫。绝大多数排出的虫不能活动，甚至已经死亡。在临床症状，如腹痛、腹胀便稀，饮食不佳，睡眠不安，情绪烦躁等的消失率达71～98%，大便镜检蛔虫卵阴性。（1961年）

2.广东省中医院用针刺大横、足三里两穴，驱除蛔虫收到良好效果，其方法为大横穴向脐呈60°角刺入1.5～2.5寸，根据体质强弱，行强或中等刺激，大幅度捻转5～6次，不留针，足三里手法相同，每日空腹时针刺1次，疗程为1～3天。共治疗1279例，其结果多数在半天或1天后排虫，1279例中，排虫人数为492例，排虫率为36.7%。（1980年）

3.针药综合治疗胆道蛔虫症271例。取中脘、上脘为主，右侧腹痛，加剧刺右侧梁门；左侧腹痛，加重刺左侧梁门；疼痛放散至肩部者，加刺痛处阿是穴，用强刺激留针20～30分钟。配合药物驱蛔后，临床治疗者231例，占85.2%。一般针3～5次可以治愈。（《针灸医学验集》）

4.有人用针刺为主治胆道蛔虫252例。方法是先在足三里穴下找压痛点，在压痛点稍用力按压，局部疼痛加重而上腹痛有略显减轻或消失倾向，这正是绝对的进针点。针刺得气后用泻法强刺激，留针时间根据病情而定，留针期疼痛可给予行针。口服酸性药物如"APC"2两片或食醋适量，每天3次，进高脂餐。疼痛缓解24小时后，每天服驱蛔灵3.5克，连服2天。（《针灸医学验集》）

5.取鸠尾、阳陵泉、上腹压痛点（一般在剑突下偏右方）。鸠尾和压痛点均呈15°角向小腹方向斜刺0.5～1.0寸，针尖刺入腹直肌即止；阳陵泉呈45°角进针，针尖斜向内踝方向刺入2～3寸。均用提插捻转手法直至疼痛消失或减轻时留针，留针期再疼再行针以不再腹疼为止，并用艾灸剑突下。（《针灸临证验集》）

评述

针刺治疗蛔虫病，经观察有较好的排虫作用，其作用机制一般认为蛔虫侵入肠道，要在肠功能低下的情况下，才能繁殖孳生，通过针刺的调节作用，改变了肠道内在环境，不适宜于蛔虫的生存，更由于针刺促进了肠蠕动作用，从而将蛔虫排出体外。

临床治疗蛔虫病，多采用针灸与中西药物综合疗法，其效果优于单纯某一种治疗。

蛔虫病的预防，主要是控制传染源，切断传播途径，提倡饮食卫生习惯，加强宣教

工作。

邱茂良　王宗学　徐屏南

三　疟疾

疟疾是由于疟原虫寄生于人体所引起的疾病，以周期性的发冷、发热、出汗和退热为特征。本病由按蚊传播，多发于夏秋季节，但其它季节亦可发生，我国长江流域以南，气温高、湿度大的地区为多见。

寄生于人体的疟原虫有间日疟原虫、三日疟原虫、恶性疟原虫及卵圆疟原虫四种，分别引起间日疟、三日疟、恶性疟及卵圆疟。卵圆疟国内极为少见。如一人同时感染三种疟原虫时，则称为混合感染。

传染源是疟疾病人和带疟原虫者。传播途径主要通过按蚊叮咬，或输入带疟原虫者的血液而引起感染。

疟疾为中医病名，早在《内经·素问》中即有专篇记载，后世医家根据疟疾的不同类型给予不同名称，如以发作间隔时间命名的有每日疟、间日疟、三日疟等；以寒热症状轻重命名的有湿疟、瘅疟、牝疟等；有以病因命名的，有风疟、瘴疟、食疟、劳疟、疫疟等。针刺治疗《内经·刺疟论篇》作了专门论述，为后世所取法。

病因病机

中医认为本病的成因，主要是感受"疟邪"。而感受风寒暑湿等邪，常为诱发因素，尤其是夏秋暑湿当令，正是"疟邪"传播最甚的时间，故为疟疾高发季节，其他如饮食不节、脾胃受损、痰浊内生，或劳累太过将息失宜、正气虚弱、疟邪乘虚而入，而发为本病。

感受"疟邪"后，伏于半表半里，出入于营卫之间。正邪交争，则疟疾发作；疟邪伏藏，则寒热休止。其邪留浅者，则1日发或间日发，邪留深者，则3日发。更由于感受时邪的不同，及平素体质的差异，而出现不同的临床症状，如素有伏热而感受疟邪时，每见热多寒少之湿疟，或但寒不热之牝疟；疟邪久留，反复发作，气血耗伤而成为劳疟。此外有因疟邪深重、邪热内陷心肝，而出现神昏抽搐等危重症状者。有因久疟气血瘀结，左胁下触到较大痞块者，则为疟母。

现代医学称疟疾的发作，主要是疟原虫受染红细胞破裂，裂殖子代谢产物释入血液循环而引起的过敏反应所致。由于多次发作，红细胞大量被破坏，所以导致贫血；疟原虫的代谢产物，可引起人体网状内皮系统的增生性反应，故常见肝脾肿大。

临床表现

1.间日疟：潜伏期平均13～15天，起病较急，周期性发作。开始时为怕冷，寒战，面色苍白、发绀、皮肤粟起，一般持续30分钟至2小时。寒战停止后进入高热，体温常达40℃或更高，伴头痛、全身酸痛，或有恶心、呕吐，小儿可发生惊厥。持续4～6小时后开始退热，大量出汗，再经2～3小时，各种症状基本消失。隔48小时后又见发作，但可因两重或三重疟原虫感染而受到扰乱。有些病者发作前有低热、寒意、头痛、疲倦

等前驱症状，经3～5天才见周期性发作。

2.三日疟：潜伏期平均为28～30天，开始时常为低热，3～5天后才典型发作，分发冷、发热、出汗三个阶段，隔72小时发作一次，发作时间较间日疟为长，如多重感染，可连续发作2天停止1天，或每天发作1次。

3.恶性疟：潜伏期平均12天，早期有畏寒、乏力、全身酸痛，热型多不规则。有时可见凶险发作，如高烧、剧烈头痛、恶心呕吐，甚至出现昏迷、谵妄、抽搐等，属于脑型。亦有起病时寒战、高热、头痛，继之则剧烈腹痛、呕吐、腹泻、大便中带血及粘液等，属于胃肠型。

疟疾经多次复发后，形成慢性疟疾，表现为消瘦、贫血、脾脏肿硬、脾功能亢进等。

关于本病的诊断，根据临床表现、周期性发作、实验室检查白细胞总数正常或减少、单核细胞增多、血片找到疟原虫等，为确诊依据。

辨证施治

1.邪伏少阳证：证见有典型的发作症状，先有寒战，继则高热，汗出热退，每日或间一二日发作一次，伴有头痛、全身酸痛或恶心呕吐等症。其热邪偏盛者，寒轻热重，口渴欲饮，舌苔黄腻，脉象弦数；其寒邪偏盛者，寒多热少，口不渴，舌苔白腻，脉弦缓。本证多见于间日疟和三日疟。

治则：和解截疟。

处方：大椎　间使　中渚

热盛者，加曲池、合谷；寒盛者，加至阳；呕吐者，加中脘、足三里。

穴方简释：大椎、间使，有控制寒热作用，为截疟有效穴位；加中渚，以和解少阳。其热邪盛、身热高者，加曲池、合谷，以泄热邪；其寒邪盛恶寒重者，用至阳以温阳而去寒邪；呕吐者，加中脘、足三里，以和胃降逆。

操作方法：针刺大椎穴宜较深，反复行针，使针感向胸椎放散；刺间使，要使针感向臂部放散，则截疟效果更为显著。其余各穴，热盛者，均用提插泻法，以去邪热；寒盛者，大椎、至阳两穴针后加艾条灸，以皮肤潮红为度。一般均宜留针15～30分钟。治疗时间，应在疟发前1～2小时针灸为宜，但据观察疟疾发作时给予针刺，亦可减轻症状，缩短发作时间。

疗程：每日1次，连续3～5次。直至症状消失，疟原虫阴转为止。

2.热毒内炽证：证见发病急骤，热重寒轻，或壮热不退，汗出不畅，或寒热往来一日数发，面红渴饮，呕恶频作，小便短赤；如邪热内陷心包，则见烦躁不安，谵言妄语，嗜卧或昏迷痉厥，舌质红绛、苔黄腻或灰黑，脉象洪数或弦数。本证多见于恶性疟和脑型疟疾。

治则：清热解毒截疟，如邪热内陷，宜清心开窍。

处方：尺泽（－）　委中（－）　曲池（－）　陶道（－）　间使（－）（双）

热毒内陷，加人中、中冲、劳宫；呕吐，加中脘、内庭；烦躁，加大陵、涌泉。

穴方简释：本证因疟邪与热毒内炽，故见高热烦渴，宜先刺尺泽、委中出血，以清

泻气营之邪热；取曲池，以清阳明而治高热；陶道、间使，既能退热，又能截疟。其邪热内陷心包者，则取中冲、劳宫，以清心包之热；刺人中，以醒昏迷；烦躁不安者，刺大陵、涌泉，以清热而安神；呕吐者，加中脘、内庭，以和胃降逆。随症加减，注意观察。

操作方法：方中尺泽、委中、中冲等穴，均用粗针刺血。其余各穴，均行提插捻转泻法，反复行针后留针30分钟。

疗程：本病较危急，应根据病情发展，每日针治 2 ～ 3 次。

3.正虚邪恶证：证见疟疾迁延不愈，遇劳则发，发时寒热不著，或夜热早凉，面色萎黄，倦怠无力，饮食减少，自汗或盗汗，舌质淡或红，脉细弱或弦数。多见于慢性久疟体质衰弱者。

治则：益气养阴，调和营卫。

处方：肝俞（＋） 脾俞（＋） 大椎（＋） 足三里（＋） 三阴交（＋）

夜热、盗汗、舌红、脉数偏阴虚者，加后溪、太溪；神倦面㿠、便溏、舌淡等偏气虚者，加气海、关元。

穴方简释：久疟气血两虚故取肝俞、脾俞，培补藏血统血之脏以扶正；取足阳明之三里、足太阴之三阴交，以资生化之源；取大椎，以治疟。其偏阴虚者，取太溪、后溪，益阴止汗；偏于气虚者，取气海、关元，以益气。总之，久疟以扶正为主，正气旺则疟邪自除。

操作方法：方中大椎以控制疟邪，针刺宜较强，其余各穴均行轻的提插或捻转补法。对气虚者，气海、关元针后加灸。

疗程：每天治疗 1 次， 5 次为一疗程。

4.痰瘀痞结证：证见寒热时作或不作，左胁下有痞块（脾脏肿大），质地由软转硬，有隐痛或触痛，面色萎黄，肌肉消瘦，食欲不振，精神倦怠，甚者出现严重贫血现象。舌质淡；脉弦细。

治则：调补气血，软坚化积。

处方：膈俞（－） 脾俞（－） 痞根（－） 章门（－） 太冲（－） 丰隆（－）（双）

贫血严重者，加关元、三阴交；有寒热者，按正疟治法处理；痞块大者，可在块上施灸。

穴方简释：疟疾多痰，古有无痰不成疟之说，痰瘀互结，形成痞块，故取血之会膈俞以化瘀；取丰隆，以去痰；取痞根、章门，以消痞块。胁下属肝，故泻太冲以助消痞之功，用脾俞以调补中气、资化源以生气血。其贫血严重者，加关元、三阴交，以补之；寒热仍作者，当予截疟法以控制之，祛邪可以扶正，有助痞块之消散。

操作方法：本病属正虚邪实，主方各穴均宜补泻兼施，用先补后泻法；但其中丰隆、太冲二穴，可用泻法。关元、三阴交，宜用补法，针后加灸。痞块大者，可在局部用隔姜灸，根据痞块大小取 3 ～ 5 点，每点各灸 5 ～ 7 壮。

疗程：每日或隔日 1 次，10次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取肾上腺、皮质素、内分泌，用强刺激或埋针法，在发作前 2 ～ 6 小时针

刺，留针至发作后1～2小时出针。

2.皮肤针：取大椎、陶道、风府、身柱、间使、太溪、合谷、太冲、大杼、胸5－骶夹脊，于发作前用皮肤针反复叩击。

文献选录

刺大椎（灸）、身柱（灸）、譩譆（多汗）、章门、间使（久疟）、后溪（先寒后热）、环跳、承山、昆仑、太溪、公孙、至阴、合谷，久疟不愈灸脾俞7壮。（《类经图翼·针灸要览》）

疟疾，刺百会、经渠、前谷；温疟，刺中脘、大椎；疟疾发寒热，刺合谷、液门、商阳；脾寒发疟，刺大椎、间使、乳根。（《针灸大成·疟疾门》）

先寒后热，刺绝骨、百会、膏肓、合谷；热多寒少，刺后溪、间使、百劳、曲池；寒多热少，刺后溪、百会、曲池。（《针灸聚英·疟》）

经验选要

1.南京中医学院报道针刺治疗疟疾，主穴：大椎、间使、陶道、后溪。配穴：足三里、脾俞、至阳、合谷等，均直刺，强刺激，留针20～30分钟，每日治疗1次，发作前2小时针刺，5天为一疗程。每天针刺前做厚、薄血片查疟原虫，部分病例以白细胞疟原虫比例法计算每立方毫米血液中疟原虫数。经治3天内症状消失，疟原虫转阴性，连续3次阴性者为治愈。5天内症状控制，疟原虫转阴者为有效。5天内未控制症状，疟原虫仍为阳性者为无效。按此标准观察结果，共治133例，治愈99例，有效12例，无效22例。有效率为83.5%。（1984年）

2.广州中医学院针灸教研组报道，针刺治疗疟疾75例，其中间日疟51例，恶性疟24例。取穴：大椎。操作：在发作前2～4小时进行针刺。治疗效果：痊愈者占64.7%，临床治愈者占30.6%，无效占14.7%。实验检查：32例间日疟患者，疟原虫阴转时间平均2.8天。恶性疟时间较长。凡血栓连续3次阴转者，分别在3～5个月复查，均无复发。并认为单用陶道穴，也有同样效果。对难于掌握针刺时间者，用留针方法也有同样效果。（1965年）

中医研究院针灸研究所，以血清补体值为指标，探讨其与针刺疗效的关系。实验证明针治疟疾的疗效与血清补体值有一定的关系。针刺有效但血清补体值在针后增加，以72小时为明显，这与临床症状消失时间是一致的。认为在病人本身对本病有一定免疫力的基础上，针刺提高机体的抗病能力，以达到治病的目的，为针刺治愈疟疾的基础。（1979年）

评述

针刺治疗疟疾，经大量病例的治疗观察，确有较好疗效。但经验证明，针刺对疟区患者的治效高，外地人去疟区初患者疗效低；成年人疗效高，年龄小者疗效低；感染疟原虫数少者疗效高，疟原虫多者疗效低；定时发作比不定时发作者疗效高，间日疟比恶性疟疗效高。这些经验可供临床参考。

恶性疟的脑型患者，症情危重，必须由中西医结合迅速进行抢救，针刺只能为辅助治疗。

久疟脾脏肿大，中医称为疟母，常可引起脾功能亢进，而导致严重贫血，必须积极治疗。古人常有在块上直接针刺的方法，不宜轻率采用，因易于刺破脾脏造成出血的危重后果。

在疟流行地区，应采用预防服药，同时结合爱国卫生运动，灭蚊防蚊以切断传染源。平时常灸足三里，每天1次，每次3～5壮，可加强抗病能力，预防传染。

邱茂良　王宗学　徐屏南

四　象皮腿

下肢淋巴管道受到梗塞、淋巴滞留于外围组织间隙中，可引起下肢淋巴水肿、梗塞；梗塞如不及时解除，久而久之皮肉和皮下纤维组织大量增生，结果使皮肤、皮下组织及筋膜逐渐变厚，皮肤角化，质硬粗糙如象皮，故称象皮腿。

象皮腿的症状，隋代《诸病源候论》中“𦡁病”的描述，与本病极为类似。后世医家亦多论及，认为水乡农人多患之，俗称大脚风、沙木骽（骽左腿字）。一肿不消，与寻常脚气肿胀发过即消者迥别，并认为是难治之症。

病因病机

本病初期，多为感受风湿热浊之邪，客于经络，日久不去，流注下肢，致使经络气血阻塞不通、形成肿胀，甚则皮肤发亮，时有液体外流。阻塞既久，湿郁血瘀，皮部失养以致皮肤粗糙，坚硬有如象皮。如湿郁热化，或复感邪热，则可导致下肢红肿作痛、寒热交加等症状。

现代医学认为，本病的主要原因有二：一为丝虫感染，我国东南部气候较热，丝虫病流行较多，据统计约有4～7％丝虫病人并发有象皮腿，丝虫成虫在浅表淋巴管道内生长繁殖和死亡，机械地堵塞了管道，引起淋巴管炎，淋巴液回流受阻而潴留，形成淋巴水肿。二是复发性丹毒，丹毒是由溶血性链球菌所引起的皮内网状淋巴管的急性炎症，波及皮下淋巴管，反复发作后，也可引起淋巴管道的闭塞而形成淋巴水肿。不论任何原因所引起的淋巴水肿，长期不解除，致使皮内和皮下大量纤维组织增生而成象皮病。

临床表现

下肢淋巴水肿约有4～7％病变常限于一侧，开始时局部皮肤紧张发亮，按之有压痕，继则出现皮肤增厚，以后由于丹毒反复发作，患肢变粗变形，尤其是小腿与足部为明显，皮肤粗糙，出现深的折沟和疣状，外观如象皮。病人行动不便，劳动力受到严重影响，平时全身无特殊症状，但在丹毒感染发作时，局部红肿热痛，腹股沟淋巴结肿大作痛，并伴有寒战高热。本病晚期，肢端皮肤常可发生慢性溃疡。大多数象皮腿患者，因丝虫已死，或淋巴管完全堵塞，血中多无丝虫蚴找到。

辨证施治

1.湿阻血瘀证：下肢从膝以下至足背均肿胀变形，皮肤粗糙，出现深的褶沟和疣，淋巴结常肿大坚硬，全身症状不明显，但觉行动不便，苔、脉多无异常。

治则：通络行瘀，软坚利湿。

处方：血海　膝眼　足三里　阴陵泉　三阴交　漏谷　委中　复溜

酌情选配行间、商丘、昆仑、悬钟、阳陵泉、条口、解溪、太溪等。

穴方简释：本方均取下肢穴位，从足三阴、三阳各经选取穴位，以针刺之，旨在宣通经络、调气化瘀，以期达到软坚消肿之效。

操作方法：各穴均用28号粗针刺之，进针得气后反复捻转，行较强刺激，迅速出针，不闭针孔，常有水血流出，有助退肿。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

2.湿从热化证：患肢红肿灼热，疼痛较甚，腹股沟淋巴结肿胀作痛，全身恶寒，发热，骨节酸痛，口渴，溲黄，舌苔黄腻，脉象滑数。

治则：清热利湿消肿。

处方：大椎（－）　曲池（－）　血海（－）　三里（－）　阴陵泉（－）（双）

淋巴结肿痛，加承山、急脉；肿痛局部取穴可参照湿阻血瘀症穴方酌量增减。

穴方简释：本证为丹毒复发，治应清泄热邪为主。故取大椎、曲池等以退身热；血海，以清血热；三里、阴陵泉，以去湿邪。此为全身疗法；对肿胀局部，可适当针泻之，以消肿止痛。

操作方法：各穴均行提插泻法，留针，反复行针，加强针感，以期达到清泄邪热之目的。

疗程：根据病情，每日治疗1～2次，连续2～3天。

其他疗法

1.火针：取足三里、阴陵泉、三阴交、解溪、行间。将针在酒精灯上烧红，迅速刺入穴位，一刺即出。每次2～3穴，各穴轮换针刺，每日1次。

2.热烘：利用辐射热，使患肢组织软化，将患肢置于辐射热治疗箱内，通电加热，逐步上升到60℃，烘1小时，每日1次，20次为一疗程。

文献选录

刺肩井、膝眼、风市、三里、承山、太冲、丘墟、行间。（《针灸大成·手足腰膝门》）

有湿热、食积、流注、风湿、寒湿，针公孙、冲阳。（《针灸聚英》）

经验选要

安徽亳县卫生防疫站，用火针治疗血丝虫象皮肿病112例，主要症状为腹股沟淋巴结肿胀疼痛、小腿粗肿、皮肤粗糙、肥厚僵硬，有2例阴囊肿大肥厚。治法：①火针：淋

巴结刺法，火针系用普通缝衣针固定于筷头上，先将肿胀淋巴结用一手固定，一手将针在酒精灯上烧红，立即蘸硫磺膏（硫磺30克、樟脑9克、银朱1.5克，如加少许麝香更好），迅速针入患处即行拔出。②毫针：按象皮腿肿胀部位取穴，亦按上法在穴位上刺之，取穴为行间、太冲、中封、蠡沟、膝眼、三阴交、漏谷、阴陵泉、公孙、商丘、复溜、照海、太溪、昆仑、仆参、委中、委阳、阳陵泉、阳交、悬钟、足三里、上巨虚、条口、解溪、梁丘等，每日取3～5穴，轮番使用。治疗8天，停针2天。③内服硫磺粉1分，每日2次。治疗效果：一般经3～5天，大多数病员感到小腿轻松，行动方便，10天后肿胀消退，皮肤变为松弛柔软，1个月后皮肤变为柔软光滑。（1959年）

评述

下肢淋巴水肿形成象皮腿后，一般治法，疗效均不满意，针灸治疗有较好疗效，值得进一步研究。同时应及早治疗，以期提高疗效。应及时预防，流行地区开展灭蚊运动，并积极治疗血丝虫病患者，消灭传染源极为重要。

邱茂良

第八章　内科病证

内科病种很多，其病因病机涉及面也很广，临床辨证施治，一是从气、血、风、寒、燥、火、湿、痰、饮辨证，二是从脏腑辨证。当然两者之间也不可绝对分割，为了掌握其证治规律，分别将辨证施治要点阐述如下。

一　气血风寒燥火湿痰饮的证治

气病证治

气病辨证，当分虚实。气虚者，可补气，与肺脾肾有关；气实者，分气郁、气滞、气逆，与肝肺胃有关。肝气郁结者，宜疏，肺气失宣者宜宣，胃气上逆者宜降。

血病证治

血病辨证，分出血、血瘀、血虚三类，在病理上三者之间互为因果。血热或气虚，均可导致出血。出血可导致血虚，亦可形成血瘀。血瘀不化，则新血不生，也可导致血虚。其治则：血热而出血，应泻热止血；气虚而出血，应补气摄血；虚火扰络而出血，应补阴降火。血瘀的治则固然是活血化瘀，但临诊时应根据不同病因，实者宜结合理气、散寒、清热泻火等治法，虚者宜补气、补阴、温阳等治法。血是一种有形物质，针灸不能直补其不足，而是通过调补脾胃达到补气生血的目的。

内科临床常见类似六淫外邪的证候，根据其病机可分为内风、风寒、内湿、内燥、内火，它是脏腑病变所产生的临床表现，又是影响脏腑功能的病理因素。内风病变在肝，其病理为肝风内动或上扰；内寒病变在脾肾，其病理为阳虚或阴虚；内燥病变在肺、胃、肝、肾，其病理为津液阴血亏损；内火病变在心、肝或肺肾，其病理为火旺与阴虚。治疗内风、内火，应当辨别虚实；治疗内寒，应当辨别标本；治疗内燥，应当辨明脏腑。

内风病证治

肝阳化风证，法当平肝熄风；热极生风证，法当清热泻肝熄风；阴（血）虚风动证，法当补阴熄风。

内寒病证治

阴虚内盛证，法当温阳散寒；脾肾阳虚证，法当温补脾肾。

内燥病证治

肺胃津伤证，法当补益肺胃、生津润燥；肝肾阴亏证，法当补益肝肾，以生阴血。

内火病证治

心火炽盛，法当清心泻火；肝火亢盛证，法当清肝泻火；肾虚火动证，法当补肾降火；肺虚火扰证，法当补肺清火。

内湿病证治

寒湿困脾证，法当温中化湿；湿热中阻证，法当清热化湿；脾虚湿阻证，法当健脾化湿。

痰病证治

痰阻于肺证，法当宣肺涤痰；痰蒙心窍证，法当豁痰开窍；痰浊蕴阻脾胃证，法当健脾化浊；痰郁于肝证，法当理气解郁化痰；痰动于肾证，法当温肾化痰；痰留骨节经络，法当软坚消结、通络化痰。

饮病证治

痰饮，法当温阳化饮；悬饮，法当攻逐水饮；溢饮，法当温肺化饮；支饮，法当温肺化饮及温补脾胃。

二　脏腑病的证治

脏腑病证是脏腑病理变化所反映的临床表现形成不同的证候，作为临床辨证施治的重要依据。脏腑病机病证既涉及气血津液又与经络密切相关，病情虽然错综复杂，但其证候性质，仍可用八纲加以归纳。

肺病证治

实证可见的寒邪犯肺证，法当宣肺散寒；寒饮阻肺证，法当温肺化饮；风热袭肺证，法当疏风清热；痰热蕴肺、痰浊阻肺证，法当清肺化痰。虚证可见的燥邪犯肺证，法当清肺润燥；肺阴耗伤证，法当补益肺阴；肺气亏耗证，法当补益肺气。肺脾气虚证，法当健脾益气；肺肾阴虚证，法当调补肺肾；肝火犯肺证，法当清肝泻肺。此外，不可忽视间接治肺之法，要根据五行生克关系，而间接施治的如：肺虚可补肺肾两经的穴位，肺之实热证可泻大肠经穴位，使肺热得以下泄，因肺失肃降导致尿闭可泻肺经穴位，因肺气虚而小肠津液不能敷布导致便秘者可用温肺之法。

心病证治

心的病证有虚有实，虚证多因气血阴阳不足所形成，实证多是火热痰瘀侵犯所致。实证所见的痰火内扰证，法当清心泻火豁痰开窍；饮遏心阳证，法当温阳化饮；心血瘀阻证，法当活血化瘀通络。虚证所见的心阳（气）虚证，法当温通心阳补益心气；心阴（血）虚证，法当补心安神。心脾两虚证，法当补益心脾；心肾不交证，法当交通心肾；心肺气虚证，法当补益心肺。

脾病（附胃）证治

从生理而言，脾与胃以膜相连，胃主受纳、脾主运化，脾升胃降、湿燥相济。所以，临床表现往往是脾病多虚多寒，胃病多热多实。因此有“脾宜升则健，胃宜降则和”的

临床原则。实证所见的寒湿困脾证，法当运脾化湿；寒邪犯胃证，法当温胃散寒；湿热中阻证，法当清热化湿；胃热内盛证，法当清泄胃火；食滞内阻证，法当消导化滞。虚证所见的脾阳虚寒证，法当温运中阳；中气不足证，法当补中益气；胃气虚寒证，法当温胃健中；胃阴亏耗证，法当调补胃阴。肝胃不和证，法当疏肝和胃；肝脾失调证，法当抑肝扶脾；脾肾阳虚证，法当温补脾肾；心脾两虚证，法当补益心脾；脾湿犯肺证，法当温通肺脾。

肝病（附胆）证治

肝为刚脏，在实证中肝气郁结、肝火上炎、肝风内动三者同出一源，关系密切，临诊应掌握主次，随证施治。在虚证中，多属肾阴不足引起肝阳不足，导致肝阳亢扰。肝病实证，亢进最易耗伤肝阴形成本虚标实之证，辨证必须注意。

实证所见的肝气郁结证，法当疏肝理气；肝火上炎证，法当清肝泻火；肝风内动证，法当平肝潜阳、清熄内风；寒凝肝脉证，法当温通肝脉。虚证所见的肝阴不足，法当补益肝肾；肝胃不和证，法当疏肝和胃；肝脾失调证，法当抑肝扶脾；肝胆湿热证，法当清泄湿热疏肝利胆；肝胆不宁证，法当补肝清胆；肝肾阴虚证，法当补益肝肾引火归元。

肾病证治

肾虚一般分为阴虚、阳虚，治肾总法是“培其不足，不可伐其有余”，阴虚者慎用灸法，阳虚者应灸以温阳。肾病多见虚证，也可因虚致实；阳虚多易水湿泛滥，阴虚常见相火亢盛。一般来说，肾病无表证与实证，肾之热属阴虚之变，肾之寒属阳虚之变，临证时必须加以注意。阳虚所见的肾气不固证，法当固摄肾气；肾不纳气证，法当纳气归肾；肾阳不振证，法当温补肾阳；肾虚水泛证，法当温阳化水。阴虚所见的肾阴亏虚证，法当补益肾阴；阴虚火旺证，法当补阴降火；肾虚脾约证，法当温补命火；肾水凌心证，法当温化水气。

黄羡明

第一节　心血管系统疾病

一　心律失常

心律失常是指心律起源部位、心搏频率与节律，以及冲动传导等方面的任何一项异常。

临床上分为激动异常和传导阻滞两大类型。引起心律失常的病因有：器质性心脏病。其他器官疾病、药物中毒、感染、电解质紊乱等等。另外，吸烟过多，过度疲劳，大量饮酒、浓茶、咖啡等，也可引起心律失常。

中医学根据心律失常的临床表现特征，把本病归属于心悸、怔忡范畴，在心痹、胸痹中也有类似论述。

病因病机

中医学认为，久病体虚、失血过多或思虑过度、劳伤心脾影响生化之源，均至气血

两亏，不能上奉于心而发生心悸；大病或久病之后，或房劳过度，或遗泄频繁，伤及肾阴；或肾水素亏，水不济火，心火扰动心神，亦可导致心悸；或因阳气衰弱，不能温养心脉，或因阴虚血行不畅，或风寒湿邪搏结于脉，渐致心脉痹阻，亦可引起心悸不安。总之，本病是由各种因素引起心脏经气逆乱，太过不及的病理现象。

临床表现

窦性心律失常，有乏力、头昏、眼花、失眠、记忆力差、反应迟钝或易激动等，脑、心、肾供血不足的症状；过早搏动可无症状，亦可有心前区突然跳动似乎暂停的感觉。严重者，可见全身乏力、心悸及头晕等症状，体检可见脉搏短促；阵发性心动过速，以心动过速的突然发作和突然中止为特征，其发作次数可由数年一次发展到一日数次，发作时常伴有突然心悸、心率明显增快且较规则的感觉，或伴有恐惧、不安和多尿，每次发作持续数秒至数日不等；严重者，可见血压下降、头晕、恶心、呕吐、心绞痛、昏厥或心力衰竭、休克等症。心房扑动或心房颤动，可见心悸、胸闷与惊慌；严重者，可至急性心力衰竭、休克、昏厥或心绞痛的发作；心脏传导阻滞，可至心悸、头昏、乏力、疲倦、活动后气促，甚至心脏停搏，短暂昏厥、抽搐，口面青紫和心力衰竭等症状。

辨证施治

1.气血不足证：心悸心晕，面色少华，健忘，舌色淡而形胖嫩，脉细缓或伴结代。

治则：补益心气，养血安神。

处方：内关（＋）　神门（＋）　膻中（＋）　足三里（＋）（双）

穴方简释：本证由气血不足，不能养心而致，故取足阳明之足三里，补益脾胃以助生化之源；取气会膻中以补益心气；取内关、神门以安神定志。

操作方法：得气后行提插捻转之补法，静留针30分钟。

疗程：每日或隔日1次，10～15天为一疗程。

2.心阴亏虚证：心悸不宁，心烦少寐，头晕目眩，耳鸣腰酸，口干，或两颧潮红，手足心热，舌红、苔薄少津或无苔，脉象细数或结代。

治则：补阴清火，养心安神。

处方：心俞（＋）　厥阴俞（＋）　三阴交（＋）　太冲（＋）　太溪（＋）（双）

穴方简释：本证由肾阴不足，水不济火，心火内动，扰动心神而致，故取足少阴之太溪，足厥阴之太冲以补阴清火；取心俞、厥阴俞配三阴交以安养心神。

操作方法：得气后行提插捻转之补法，动留针10～20分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

3.心脉痹阻证：胸闷不舒，心痛时作，心悸不安，或见胸脘痞满，眩晕，甚则唇甲青紫，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩或结代。

治则：活血化瘀，理气通络。

处方：华佗夹脊胸4～5　膻中　膈俞　通里

穴方简释：本证由心脉瘀阻、心失所养而致。故取血会膈俞，以活血化瘀，通络止痛；取气会膻中，以理气通脉；取华佗夹脊胸4～5配通里，通心络、镇心神。

操作方法：得气后行提插捻转之泻法，留针30分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

4.心阳虚损证：心悸不安，胸闷气短，形寒肢冷，面色苍白，或踝部浮肿，甚则尿少，舌质淡胖或边有齿痕、苔薄白、脉象虚弱或沉细而数。

治则：温补心阳，安神定悸。

处方：内关（－）　心俞（＋）　大椎（＋）　关元（＋）　足三里（＋）（双）

浮肿甚，加阴陵泉（双）。

穴方简释：本证多由久病体虚，损伤心阳，心失温养所致。大椎为诸阳脉与督脉交会之所，关元为诸阴脉与任脉交会之所，取二穴相配以温补心阳；更取足三里以充化源；取内关、心俞以安神定悸。

操作方法：关元，宜隔姜灸5～7壮；大椎、足三里，可以温针灸；内关、心俞，得气后行提插捻转之补法。静留针30分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.电针：取内关、三阴交、心俞、膻中为主穴，间使、郄门、厥阴俞、肾俞、足三里、地机配穴，每次选用主、配穴1～2对，交替使用。选用疏密波，电流量由弱逐渐增大，以病人能耐受为度。每日或隔日1次，每次15～30分钟，12次为一疗程。

2.水针：取内关（双），心俞（双），用安定注射液2毫克加入5％葡萄糖4毫升，分别注于穴内，每日1次，5次为一疗程。

3.埋线：取心俞、内关、郄门，分别埋入羊肠线，15天后可再埋线一次。

文献选录

“心烦怔忡：鱼际。”（《神应经》）

“心中虚弱，神思不安：取内关、百会、神门；心脏诸虚，怔忡惊悸：取内关、阴郄、心俞、通里。（《针灸大全》）

经验选要

浙江中医学院针灸研究室高镇五等，针灸治疗160例心律失常。处方：内关、神门、夹脊胸4～5，每次选2穴。心动过缓加素髎或列缺；胸痛明显加膻中；失眠加安眠或三阴交；高血压加太冲或太溪；脾胃不和加脾俞、足三里。操作方法：以补法为主，或平补平泻，留针5～20分钟。心动过缓，留针时间宜短，加温和灸法；畏寒、胸痛明显者，宜加温和灸。每日或隔日治疗1次，10次为一疗程。结果，160例中，激动起源失常者144例，显效83例，有效38例，无效23例，有效率为84％，激动传导异常者16例，有效率为19％。（《第二届全国针灸针麻学术讨论会论文摘要》1984年）

株洲第一人民医院等报道，针刺治疗心律失常100例。处方：心俞、厥阴俞、身柱、内关、膻中、关元、气海、足三里、三阴交。操作方法：每次选4个穴，针刺入后提插捻转3分钟后出针，每日1次，15～20次为一疗程。疗效：100例中，有效90例，其中显

效31例。（《第一届全国针灸针麻学术会议论文摘要》（一）1979年）

评述

针刺治疗心律失常有效好的效果，可单用也可与其他药物合用以减少药物的用量。临床观察发现，针刺治疗节律不规则性心律失常时，不论用什么穴位，采用哪种手法，一般对冲动起源失常者疗效较好，而冲动传导障碍者的疗效较差。对于冲动起源失常者，又以伴有器质性心脏病的室性早搏、房性早搏、阵发性房性心动过速、心房颤动者疗效较好。值得注意的是：针刺治疗心律失常维持时间不长，主要表现在近期疗效。另外，针效易受病人条件以及针灸医师的经验等因素的影响，所以在临床上，对于心律失常的病人在用针灸治疗的同时，应尽量避免精神刺激，给予良好的安静环境，充分休息有助于本病的恢复。

仇裕丰

二　风湿性心脏病

风湿性心脏病，又称风湿性心瓣膜病。本病是风湿热影响心脏所致。为国内最常见的一种心脏病。其中二尖瓣及主动脉瓣的发病率最高。

儿童的风湿性心脏病相对发病率较高，12～20岁年龄组中约在80％以上，国内成人慢性风湿性心脏病患者中约1/3～1/2以往无明确的风湿热病史，应予注意。本病的临床表现和预后，多与风湿热所累及的心瓣膜的病变类型和程度有关。

本病属于中医学的心痹、惊悸、怔忡、水肿等范畴。

病因病机

中医认为，本病的发生是由于风寒湿之邪侵入人体，病延日久，痹阻经脉，或反复感受外邪，由关节肌肉侵犯到血脉，再由血脉累及心脏。无论是前者还是后者，其主要病机均为心脉瘀阻。本病的早期，心脉瘀阻不明显，仅见劳则心悸、气短等征，随着病情的发展，瘀阻可使心气不畅，心阴不振，甚至心气虚弱、心血不足等。至病之后期，心脉瘀阻可使肺气壅塞、肃降无权，或由心阴不振、不能下温肾水而致水饮上泛，凌心射肺等变端。

临床表现

根据本病的发病特点，仅就二尖瓣和主动脉瓣病变两个方面予以阐述：

1.二尖瓣病变：

（1）二尖瓣狭窄：代偿期无症状或只有轻微的症状，失代偿期可出现劳累后或阵发性呼吸困难和紫绀，两颧紫红色、咳嗽、咯血，或伴有吞咽困难，声音嘶哑；或见肝肿大，颈静脉怒张，下肢水肿和腹水等症。心脏听诊在心尖区可闻及隆隆样舒张期杂音等心音改变。心电图早期可无改变，随着心功能的失代偿可见异常。

（2）二尖瓣关闭不全：轻症可无明显自觉症状。重症可见疲倦乏力、心悸，劳累后呼吸困难。心脏听诊可闻及一响亮的、性质粗糙、音调较高，时限较长的全收缩期吹风

样杂音，向左腋中线传导，心电图检查有改变。

2.主动脉病变：

（1）主动脉瓣狭窄：代偿期可无临床表现，重者可有疲乏感，眩晕或昏厥、抽搐、心律紊乱、心绞痛，甚至见心室颤动或心脉停博。心脏听诊在主动脉瓣区可闻及粗糙、高音调的收缩期杂音向颈部传导。心电图检查，有改变。

（2）主动脉瓣关闭不全：轻度和中度关闭不全的患者，均无显著症状。较重患者可见心悸、全身动脉的强力搏动感，左胸不适感，晚期可见左心衰竭及肺瘀血的症状。心脏听诊在主动脉瓣区及胸骨左缘第3、4肋间可闻及吹风样舒张早期，杂音向心尖区传导，心电图检查有改变。

辨证施治

1.心脉瘀阻证：两颧紫红，唇甲青灰，头晕乏力，心悸怔忡，咳嗽甚则咯血，或见心痛，舌质青紫或有瘀斑，脉细数或结代。

治则：化瘀通络。

处方：内关（－）　神门（－）　郄门（－）　巨阙（－）　膈俞（－）（双）

咳嗽、咯血，加尺泽（双）。

穴方简释：本证由瘀血阻滞心脉，心气不畅所致，故取血会膈俞配手厥阴之郄穴郄门以祛心脉瘀阻；取心募巨阙配神门以调气宁神；内关为手厥阴之络穴，取之以宁心安神。

操作方法：得气后用提插捻转之泻法，动留针20～30分钟。

疗程：每日或间日1次，5次为一疗程。

2.气血两亏证：心悸、动则尤甚，气短自汗，面色苍白或萎黄，舌淡胖有齿印，脉细或濡弱。

治则：益气养血。

处方：间使（±）　少府（±）　心俞（＋）　气海（＋）　脾俞（＋）（双）

穴方简释：本证由气血不足、心失所养而致，故取气海与脾俞相配，益气健脾以充后天之本；取心俞，以补益心气；取手厥阴经穴间使、手少阴之荥穴少府，以宁心调气。

操作方法：针刺手法以提插捻转之补法为是，动留针30分钟。

疗程：间日1次，5次为一疗程。

3.心肾阳虚证：面色晦暗，心悸浮肿，咳嗽喘急，重者不得卧，手足不温，苔薄质淡，脉结代或沉细而数。

治则：温阳利水。

处方：心俞（＋）　神门（＋）　肾俞（＋）　内关（±）　水分（＋）　阴陵泉（＋）

穴方简释：本证由心肾阴虚、水气凌心射肺而致，故取肾俞配足太阴之合阴陵泉及水分以温肾利水；取心俞、神门、内关，以养心宁神调气。

操作方法：针刺得气后，心俞、神门、肾俞、内关用提插捻转之补法；水分、阴陵

泉用提插捻转之泻法。动留针30分钟。

疗程：每日1次，5次为一疗程。

其他疗法

1.艾灸：取神门、中脘，用艾条温和灸10～30分钟。

2.水针：取内关、郄门、间使、少海、心俞、足三里、三阴交，用复方当归（10%葡萄糖稀释）注射液、0.1毫克的维生素B_{12}、丹参或复方丹参注射液等，每次选2～3穴，每穴注射0.5～1毫升，隔日注射1次。

3.经络疗法：取心俞、内关、足三里、肾俞，找到阳性反应物，选1～4个穴位，注射百花精注射液，每穴0.5毫升，每日1次，或取心俞、厥阴俞、三阴交找到阴性反应物，进针3～5分，注射3%当归注射液，每穴0.5毫升，每日1次，10次为一疗程。

4.耳针：心功能代偿期（无心衰表现），取心、内分泌、肾上腺、神门；急性左心衰，取肺透心，内分泌，肾上腺；右心衰，取神门、心。每日1次，5～7次为一疗程。

文献选录

"心痛，善悲、厥逆，悬心如饥之状，心憺憺而惊，大陵及间使主之。"（《针灸甲乙经》）

"心痹悲恐：神门、大陵、鱼际。"（《针灸大成》）

经验选要

上海第二医学院附属第三人民医院针灸科钱黛华等报道，针刺内关穴治疗风湿性心脏病21例。方法：两穴同时进针，垂直刺入0.5～1.0寸。得气后，双手同时使用捻转方法，捻转幅度120～180°，频率80～120次/分的中等刺激，持续捻转2分钟后留针15分钟后出针，隔日1次，12次为一疗程。21例病人辨证分为：气滞血瘀，心脾两虚，心气虚，心肾阳虚，气滞夹湿等型。其中，气滞血瘀7例，4例显效，3例有效；心脾两虚7例，7例全部有效；心肾阴虚兼血瘀1例，显效1例；心气虚者5例，有效5例，气滞夹湿1例，有效1例。（钱黛华等　中国针灸　2(4)：8　1982年）

浙江中医学院针灸教研室王樟连报道，用针刺治疗风湿性心脏病19例。取穴：基本穴：内关、足三里、三阴交、心俞。胸闷心悸严重者加神门、膻中；房颤加间使，华佗夹脊胸4～5；呼吸困难加肺俞、列缺；心动过速加厥阴俞；心动过缓加素髎、百会；下肢浮肿加阳陵泉；有风湿活动者加风池，大椎。手法：以提插捻转、中等感应为主；心动过缓或体质较差用弱感应；心动过速用较强感应，间歇动留针或静留针15分钟，每天或隔天治疗一次，十次为一疗程，疗效：19例中显效6例（32%），有效10例（52%），无效3例（16%）。（王樟连浙江中医学院学报8（5）：55　1984年）

评述

风湿性心脏病是风湿病引起的慢性心瓣膜损害，其瓣膜病变的根治有赖于手术治疗。

针刺或针刺结合药物治疗在于控制症状，改善心功能。如在强心利尿，增加食欲，睡眠好转等方面都有显著效果。另外，针刺与药物合用可减少药物的用量。临床观察发现凡能坚持力所能及的活动锻炼者，疗效较好；针感强者比针感弱者疗效高。

本病由风湿病失治或防治不当而引起，而风湿病多发生于甲型链球菌引起的上呼吸道感染之后，故预防链球菌感染，以及对于已感染者及时治疗可减少本病的发病率。若本病处在风湿活动阶段，应适当卧床休息；无风湿活动或心脏或心脏功能尚好者，可以照常工作，但不宜过度劳累。平时宜鼓励病人作力所能及的体育锻炼以改善和增强心功能。风湿性心脏病人尤其是伴有心功能不全、肺水肿或妊娠期的病人，应注意饮食以清淡为宜。

仇裕丰

三　高血压病

高血压病，是由于中枢神经系统和内分泌调节功能紊乱所引起的持续性动脉血压升高的慢性疾病，又称原发性高血压。如因泌尿系统、心血管、内分泌、中枢神经系统疾病等发展过程中产生的高血压，称为症状性高血压或继发性高血压，须与本病区别。

高血压病的发病率颇高，据普查，我国成年人患病率约为２～10％。患者多在50～79岁之间，且以60～69岁为最多。本病晚期常引起心、脑、肾等重要脏器的损害，是脑血管病与冠心病的重要致病因素。

按本病进展速度，目前将本病分为缓进型高血压（良性）和急进型高血压（恶性）。恶性高血压患者仅占高血压病的６～８％，其特点是病程短、病情进展速度快、病势严重、预后多不良。良性高血压可历经数十年而进展极慢，并不发生严重的并发症。

根据患者的自觉症状及其并发症，本病可包括在中医的眩晕、头痛、肝阳、肝火、厥证等病证中。

病因病机

中医认为，本病属内伤病范畴。导致本病的有情志、先天禀赋、劳倦、饮食等多种因素。若长期精神紧张或恼怒忧思，可使肝气内郁，久郁化火，以致肝火上炎；日久则耗损肝阴，下及肾阴，阴不敛阳，肝阳上亢而成本病。有因先天禀赋不足或年老体衰，肾精亏虚，肾阴不足则肝阴失养、肝阳偏亢。或劳倦伤脾、脾失健运，致生湿痰，或过食膏粱厚味，损伤脾胃，痰湿内生，均可导致高血压病中种种变端。

临床表现

高血压病的症状轻重相差很大，轻者可无自觉症状，常在体检时偶然被发现。一般常见的症状有头晕、眼花、头痛、烦躁、心悸、失眠、健忘等。后期由于心、脑、肾等器官动脉硬化，可有相应的临床表现。若晚期形成高血压心脏病，放射线检查可见左心肥大。有的患者中，晚期可伴发冠心病，或在心脏扩大、心律失常的基础上，导致心力衰竭。肾功能减退时，可有多尿、夜尿、蛋白尿、管型尿、尿比重下降，进一步则发生

肾功能衰竭。高血压病引起的脑血管痉挛或出血，称为中风。脑血管循环障碍或水肿时，可使颅内压升高，而出现剧烈头痛、恶心呕吐、昏迷惊厥等，称为高血压脑病。

根据血压水平、器官病理改变及症状将本病分为三期。凡收缩压等于或高于21.3KPa（160mmHg），舒张压等于或高于12.7KPa（95mmHg），二者有一项经核实即可确诊高血压。一期：血压达高血压水平，心、脑、肾无并发症表现。二期：血压达高血压标准，并有下列一项者：①体检、X线、心电图或超声波检查，有左心室肥大。②眼底动脉普遍或局部变窄。③蛋白尿或血浆肌酐轻度升高。三期：血压达高血压标准，并有下列一项者：①脑血管意外或高血压脑病。②左心衰竭。③肾功能衰竭。④眼底出血或渗出。有或无视神经乳头水肿。

辨证施治

1.肝火亢盛：眩晕，头痛，面红，目赤，口苦，惊悸，烦躁，便秘，尿赤。舌红、苔黄干糙，脉弦数。

治则：平肝泻火。

处方：风池（－）　太冲（－）（双）

酌情选配太阳（－）、曲池（－）、阳陵泉（－）、行间（－）（双）。

穴方简释：足少阳胆经布于头之两侧，足厥阴肝经上达巅顶，二脉互为表里。故方中取风池、太冲，清泄肝胆火热之邪，以为主穴。配太阳、风池，潜阳而治眩晕头痛。阳明经多气多血，故配曲池以调气血，使之下行；又配阳陵泉、行间，以助泄肝胆实火。

操作方法：针刺得气后，行捻转提插泻法，留针15分钟。

疗程：每日治疗1次，6次为一疗程，一般2～3疗程。

2.阴虚阳亢：眩晕，头痛，耳鸣，健忘，目涩视物模糊，烦劳则面赤升火，五心烦热，心悸失眠，肢指发麻，舌红、苔薄，脉弦细。

治则：育阴潜阳。

处方：风池（－）　三阴交（－）　太溪（－）（双）

酌情选配百会（－）、曲池（－）、肝俞（＋）、肾俞（＋）、太冲(＋)(双)。

穴方简释：肝肾同源，肾阴亏损可致肝阴不足，阴不制阳则亢阳上逆。方中取三阴交、太溪补益肝肾之阴，并配肝俞、肾俞滋补精血以固其本。取风池、百会、太冲，潜镇肝阳；辅以曲池，引血下行以治其标。

操作方法：三阴交、太溪、肝俞、肾俞，施以补法。风池、百会、太冲、曲池，针刺泻法。留针20分钟。

疗程：每日或隔日治疗1次，6次为一疗程。

3.阴阳两虚：头昏晕痛，耳鸣心悸，动则气急，腰膝酸软，神疲乏力，失眠多梦，肢麻足冷，夜间多尿。舌红或偏淡，脉细或数或沉。

治则：调补阴阳。

处方：肾俞（＋）　关元（＋）　足三里（＋）　三阴交（＋）（双）

酌情选配神门、肝俞、气海。

穴方简释：年高病久，阴损及阳，肾阴阳俱亏，治宜阴阳并补。方中以肾俞、肝

俞，滋补肝肾之阴；以气海、关元，温补肾阳；取足三里，以助生化之源；取三阴交、神门，交通心肾阴阳以除失眠多梦等症。诸穴配合，使阴阳协调，肾气充足。

操作方法：针刺施行补法，留针30分钟，关元、气海、足三里，可用艾条或艾炷灸。

疗程：隔日治疗1次，12次为一疗程。

本病中、晚期，常有气滞血瘀、痰浊中阻、风阳升动等病理变化，并发冠心病、心绞痛、血管性头痛、动脉硬化、中风等，针灸治疗可参考有关篇章。

其他疗法

1.耳针：取肝、肾、心、耳尖、降压沟为主穴，神门、肝阳、额、枕为配穴。每次选2～3穴，用中、强刺激，留针20分钟，间隙行针。或耳穴埋籽、埋针，每日按压3次，3～4天变换一次穴位。形盛者可在耳尖放血数滴。

2.水针：分三组取穴，①曲池、太冲；②内关、足三里；③合谷、三阴交。每次选用一组穴位，三组交替选用，每穴注射普鲁卡因1毫升，或利血平0.1毫克，隔日治疗1次，10次为一疗程。

3.皮肤针：取督脉及膀胱经背部第一侧线、颈项、后脑，体针的四肢穴位也可叩刺。采用弱或中等刺激，叩刺顺序从上至下，从头身至四肢。

文献选录

阳迎头痛，胸满不得息，取之人迎。（《灵枢·寒热病》）

脑风、目瞑、头痛、风眩目痛，脑空主之。（《针灸甲乙经》）

肝气逆则头痛，耳聋颊肿，取穴者，是瘀血肿满处取之也。（《医学纲目》）

头目眩晕，风池、命门、合谷。（《针灸大成》）

经验选要

陈道志等，针刺曲池、丰隆治疗高血压病35例，其中Ⅰ期30例，Ⅱ期5例。选用泻法，待血压下降到正常后改为平补平泻。开始每日针刺1次，2周后根据血压变化情况改为每周2～3次；8周后停针，降压显效率74%，有效率达85%。并对疗效显著的26例追踪观察1年多，其中69%血压仍维持正常。(1984年)

张兆银，针刺治疗高血压患者111例，其中Ⅰ期41例，Ⅱ期61例，Ⅲ期9例。治疗前平均血压为184/118mmHg。采取辨证分型方法。分肝火上炎（曲池、风池）、痰火内盛（丰隆、曲池）、阴虚阳亢（肾俞、风池）、阴阳两虚（肝俞、肾俞）。治疗后平均血压为140/88mmHg，总有效率96.3%。3年随访显效101例，维持显效71例，有效20例，病情反复10例。(1986年)

评述

目前普遍以为良性高血压是针灸的适应症，近年来国际上也有主张非药物治疗本病的趋势。即使是恶性高血压，针灸也不失为临时抢救、争取时机的手段之一，针灸治疗

本病的特点是降压作用快，舒张压与收缩压均呈下降趋势，但以收缩压下降更为明显。一般针刺7～10次（每天1次）可降到最低水平，以后针刺，则效果不明显，但是停针休息2～3周，再施以针刺仍然有效。同时针刺降压作用缓和，很少出现血压骤降的副作用。

针灸治疗本病应以辨证论治为原则。本病症状众多，涉及到的脏腑经络主要是心、肝、肾。本病的基本性质是阴阳失调，机体升压与降压系统失去平衡，病变初期，正气未伤，病变以邪实为主，多见肝阳上亢之证，中、后期以肝肾阴虚为主，多见虚象。但也有素体正虚，初期即有虚象，另外后期兼有某些并发症，可使症候虚中夹实，证情复杂，必须辨证明确，治疗方能有效。

辨证论治的同时，可配合选用降压有效穴位，如曲池、足三里、丰隆、人迎、石门等。还可嘱患者经常自灸足三里、悬钟、曲池等穴。必要时配合用药。

本病患者宜保持乐观开朗情绪，避免精神刺激、情绪波动，注意起居有常、劳逸适度，适当参加体育锻炼和体力劳动。注意饮食清淡，尽量戒绝烟酒。并可运用气功、太极拳、体操等方法辅以治疗。

通过肢体血流图、脑血流图观察，初步表明针刺治疗本病能解除外周血管痉挛、降低外周血管阻力，有利心脏功能的改善。并在血压下降的同时，还增加了心排血量和全身血液灌注量，改善脑血管弹性。通过实验研究初步表明，针灸降压作用的途径，主要是通过神经、内分泌系统而实现的。

王玲玲

四　原发性直立性低血压

原发性直立性低血压，又称姿位性低血压，因植物神经系统功能失调，在直立位置时血压降低而导致脑供血不足。临床见眩晕、晕厥、视力模糊、全身无力等症状。本病多发生在中年以上男性，约为女性的3～4倍。起病数年后在部分病人中尚可出现躯体神经系统进行性受损表现，如腱反射亢进，锥体束征阳性，眼睑下垂，构音障碍，震颤麻痹和行走不稳，二侧对称出现，但大多进展缓慢。

中医学当属眩晕、晕厥范畴。

病因病机

起病隐袭，病程大多进展缓慢。症状的出现多见于直立姿态时或诱发于便闭、慢性腹泻、排尿急、尿潴留等植物神经系统功能损害。且姿位改变而诱发眩晕和多见于前庭、小脑病变。

久病体弱或思虑伤脾致中气不足，清阳不升，匆匆站立则气血无以上荣头目，发为眩晕、晕厥。

久病肾虚或房劳伤肾，肾阴暗耗而伤精则髓无以生，髓海不足，脑失所养所致。

脾胃常因饮食所伤，气机逆乱，湿浊无以健运而上扰，蒙蔽清窍。

本症迁延日久，气血益虚，藏血不足或因肾水无以滋木而见虚风内动之证。

临床表现

直立时出现头重脚轻、眩晕、甚至晕厥、目糊、神疲乏力、语声低微，病初轻，日久则加重；甚有尿频数、阳萎、局部或全身汗出等症，更有年久伴眼睑下垂、手足抖动。

辨证施治

1.中气不足：

主证：形瘦，面色皖白，直立稍久则头晕呈飘飘然，目花、神疲，或晕厥欲仆、恶心、呕吐，胸闷，舌淡，脉沉细而弱。

治则：补益中气，升举清阳。

处方：百会(＋)　风池(－)　膈俞(＋)　脾俞(＋)　胃俞(＋)　足三里(＋)(双)

胸闷、恶心、呕吐，加内关。

穴方简释：灸百会，升提清阳，充脑髓；风池乃邻近取穴治头晕；脾俞、胃俞及合穴足三里，补法以治中气之源脾胃也。

2.肾精亏损：

主证：立则眩晕、卧则解，腰酸、耳鸣、阳萎、遗精、尿频，舌淡或红，脉细尺弱。

治则：补肾益髓。

处方：太溪(＋)　照海(＋)　肾俞(＋)　三阴交(＋)(双)

阳萎，加关元，隔饼灸或艾条薰灸，耳鸣，加听宫。

穴方简释：肾虚取肾经经久照海，原穴太溪以补肾，肾俞就然，三阴交乃肝脾肾交会穴。阳萎灸关元，以回肾中元气以益精、听宫则治耳鸣局部用穴。

3.脾胃湿阻、气机逆乱：

主证：眩晕，纳呆，头重，肢重，胸闷或恶心、呕吐，苔腻，脉细滑。

处方：中脘(－)　足三里(＋)　解溪(－)　丰隆(－)(双)

穴方简释：痰浊中阻取中脘、丰隆以涤痰浊；补足三里健胃化浊，泻解溪降胃火，间接以化痰浊治眩晕。

4.肝肾虚损：

主证：头晕目花，耳鸣、腰酸，或有晕厥，日久见眼睑下垂，手足震颤，舌淡、苔薄，脉细弱。

治则：补益肝肾兼顾健脾。

处方：肾俞(＋)　脾俞(＋)　肝俞(＋)　太冲　太溪　三阴交　风池(－)

眼睑下垂，加阳白透鱼腰；晕厥，人中(－)、中冲(－)、足三里(＋)，甚则灸百会、气海。

穴方简释：取肝俞、脾俞、肾俞，补其原太冲、太溪及胃之合足三里以补肝脾肾三脏气血，泻风池治其晕症；阳白透鱼腰为治眼睑下垂要穴，晕厥先强刺人中，不效再刺中冲，并补足三里，也可灸百会、气海，以补气升阳之法。

操作方法：针刺手法在得气后行补泻手法，留针20分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取额、枕、颞、神门、皮质下。中气不足，加脾、胃；脾胃湿阻，亦同；肾精亏损，加肾；肝肾亏损加肝、肾。

2.耳穴埋籽，用单侧耳穴，3～7天后轮换，需时时按压耳穴埋籽处，至耳红热为度，直至症情缓解。

文献选录

雷头风晕、呕吐痰涎，百会，中脘、太渊、风门。(《针灸大全》)

诸风门中风眩：临泣、阳谷、腕骨，申脉。痹厥门：尸厥如死及不知人事灸厉兑七壮。治症总要，头风目眩：介溪、丰隆。头风眩晕：合谷、丰隆、介溪、风池，垂手着两腿，灸震口内。(《针灸大成》)

尸厥，死不知人，脉动如故，隐白及大敦主之。(《针灸甲乙经》)

头旋：目窗、络却、百会、申脉、至阴。(《神应经》)

络却治头旋耳鸣、飞扬、肺俞治头目眩，支正、三焦俞治目眩头痛。(《资生经》)

眩晕：神庭、上星、聪会、前顶、后顶、脑风、风池、阳谷、大都、至阴、金门、申脉、足三里。类经图翼、针灸要览：目眩、通里、介溪均灸。(《医学纲目》)

经验选要

分两组取穴，①合谷、太冲、医明；②内关、风池、四渎。

每日1组，交替针刺，强刺激。(《新医疗法手册》)

耳压疗法治眩晕200例，主穴：头(额、枕、颞)晕点，眼。高血压，加神门、降压沟；低血压，加脾、升压点；失眠，加神衰点、皮质下、失眠穴；耳鸣，加内耳、三焦。(中国针灸　1987年6月)

针治美尼尔氏症30例，肝肾阴虚型：①风池、太冲、行间(均泻)；②百会、印堂、太溪(均补)。灸：肝俞、肾俞、涌泉。耳穴埋籽：肾上腺、肝、内耳。痰浊上扰型：①头维、医风、足三里均补；②风新、内关、侠溪。灸：丰隆、中脘、血海。耳穴埋籽：皮质下、脾、神门。(中国针灸　1986年2月)

本病同美尼尔氏症一样同属中医眩晕范畴，虽病因不同但其症相似，且中医辨证有相似之处，可参阅选穴应用。

王文静

五　心脏神经官能症

心脏神经官能症，是神经官能症的一种特殊类型，以心血管系统功能失常为主要表现，如心悸、气短、胸痛等症，可兼有神经官能症的其他症状。体检及心电图检查，无器质性心脏病证据，但本病可与器质性心脏病同时存在，或在后者的基础上发生。在有心脏血管症状的病人中，心脏神经官能症约占10%。本病多发生在青年和壮年，以20～

40岁间者为最多，多见于女性，尤其是伴更年期综合征时。临床症状常多种多样，时好时坏，可引起患者不必要的顾虑而影响健康和劳动力。

中医学认为，本病属心悸、怔忡、心痛、郁证等范畴。

病因病机

中医学认为，心脏神经官能症虚多实少。能引起本病的因素有心胆气虚、心脾两虚、心肾不交、肝气郁积等等。如平素心虚胆怯之人，由于突然惊恐，或遇险临危，使心悸神慌不能自主而渐至心悸。另外，大怒伤肝，大恐伤肾，怒则气逆，恐则精却，阴虚于下，火逆于上，亦可扰动心神而致惊悸，或痰火内扰心神而悸；思虑过度，暗伤心脾，气血不足，至神无所附而悸；或久病伤阴化火，心肾不交而发惊悸；实证则由情志抑郁，肝气不舒，郁而化火、扰动心神而致惊悸。

临床表现

心脏神经官能症的临床表现是多种多样的，除心血管系统的症状外，尚可伴神经系统、呼吸系统及其他系统的症状。常见症状有心悸、呼吸憋闷和全身乏力，劳动耐力明显降低，有的病人在安静休息时可有上述症状出现。有的病人常在受惊、情绪激动或久病后首次出现上述症状。而后，多在入睡前、将醒未醒和刚醒来以及情绪波动等状态下发作，过度劳累或情绪改变可使病情加重。多数病人还伴有易激动、多汗、颤抖、头晕、失眠、多梦等一般神经官能症的症状，有的病人觉心前区疼痛，但疼痛的位置不固定，疼痛的性质多为一过性刺痛或刀割样痛或隐痛，持续时间从数秒到数日不等，体检心率常过速，可达100次/分以上，或有早搏出现，心前区有压痛点或皮肤过敏点，有的病人有低热，这种低热多与情绪激动有关。

辨证施治

1.心胆气虚证：心悸，善惊易恐，坐卧不安，少寐多梦，舌苔薄白或如常，脉象动数或虚弦。

治则：益气养心，镇惊安神。

处方：心俞（＋）　胆俞（＋）　内关（＋）　神门（＋）（双）

穴方简释：本证由心胆气虚，心神失宁而致，故取心俞、胆俞，以补益心胆之气；心气充实则心有所主，神有所藏。取内关、神门，则有镇惊宁心安神之功。

操作方法：得气之后，用提插捻转补泻手法，留针30分钟。

疗程：每日或隔日 1 次，5～7 次为一疗程。

2.阴虚火旺证：心悸不宁，少寐多梦，眩晕，心烦易怒，或遗精腰酸，舌红、少苔或无苔，脉弦细而数。

治则：补阴清火，养心安神。

处方：肾俞（＋）　心俞（＋）　内关（－）　太溪（＋）　大陵（－）（双）

穴方简释：本证由水亏火旺、心肾失交而致，故取手厥阴之俞穴大陵、足少阴之俞穴太溪，以滋阴清火、交通心肾；心俞、肾俞，分别为心肾之气输注于背部的穴位，取

之以滋补肾水、养心安神；取内关以宁神镇惊。

操作方法：得气后分别行提插捻转补泻手法，动留针30分钟。

疗程：每日1次，5～7次为一疗程。

3.心脾两虚证：心悸胆怯，多思善虑，少寐健忘，面色少华，头晕神疲、食欲不振，舌质淡、脉细弱。

治则：健脾益气，养心补血。

处方：心俞（＋） 脾俞（＋） 内关（－） 足三里（＋） 神门（－）

穴方简释：本证由心脾两虚、心神失养所致，故取脾俞、足三里，以补气健脾，充气血生化之源；取心俞，以补心安神；取内关、神门，以安神镇惊。

操作方法：得气后用提插捻转手法，静留针30分钟。

疗程：每日或隔日1次，5～7次为一疗程。

4.肝郁气结证：心悸不宁，精神抑郁，善太息，胸胁胀痛，痛无定处，脘闷嗳气，腹胀纳呆，或呕吐，大便失常，女子月事不行，或见咽中异物感，苔薄腻，脉弦。

治则：理气化痰，疏肝解郁。

处方：心俞（－） 肝俞（－） 神门（－） 太冲（－） 丰隆（－）

咽喉异物感，加廉泉、天突。

穴方简释：本证由肝郁气滞，水液凝聚成痰，痰湿扰心而致。故取肝俞、太冲，以疏肝解郁；取丰隆，以运脾化痰；取心俞、内关，以镇惊安神。

操作方法：得气后用提插捻转泻法，留针30分钟。

疗程：每日1次，5次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取心、神门、交感、皮质下、枕，每次取2～3穴，针刺弱刺激，留针10～20分钟，每日1次。

2.经络疗法：取心俞、内关、神门、阳性反应物，用百花精注射液，每次选2～4个穴位，每穴注射0.5毫升。

3.穴位封闭：取心俞、督俞、内关，每穴注0.25～0.5%普鲁卡因5毫升，每天1次，5～10次为一疗程。

文献选录

"心憺憺，而善惊恐，心、内关主之"。（《甲乙经》）

"心惊恐：取曲泽、天井、灵道、神门、大陵、鱼际、二间、液门、少冲、百会、厉兑、通谷、巨阙、章门。"（《神应经》）

"气攻胸痛：取照海、通里、大陵。"（《针灸大成》）

"胸中痛引胁痛：大陵、期门、膻中、劳宫。"（《针灸易学》）

评述

心脏神经官能症的诊断必须慎重，确实排除器质性病变后方可确诊。本症的针刺治

疗疗效良好，需要注意的是：在针刺治疗的同时，应耐心地做好患者的思想工作，使之相信自己无器质性心脏病，建立治疗信心；努力了解本病发生的诱因，如失眠、过劳、环境嘈杂等，并努力改变或去除这些诱因；每日有规律地参加一些体力活动或配合气功、太极拳等治疗，这样有助于提高心脏神经官能症的疗效。

仇裕丰

六　冠状动脉粥样硬化性心脏病

冠状动脉粥样硬化性心脏病（简称冠心病），是指冠状动脉粥样硬化导致心肌缺血缺氧而引起的心脏病。本病多发生在40岁以上的人，男性多于女性，且以脑力劳动者为多，故一般认为本病的发病与年龄、性别、饮食习惯、血脂高低、工作性质、生活习惯以及吸烟等因素有较密切的关系。冠心病的临床表现以心绞痛、心肌梗塞、心律不齐、心力衰竭、心脏扩大等为主，心电图可有心肌缺血型或相应的改变。

中医学无冠心病名的记载，但对冠心病的一些主症都有类似描述，如《灵枢·厥病》篇有"真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死"这样的类似于心肌梗塞症状的记载。

本病属于中医学的胸痹、胸痛、真心痛、厥心痛等范畴。

病因病机

中医认为本病的发生多归属于心、脾、肾三脏。凡年老体衰或久病肾亏者，由于肾阳虚不能温养脾土，脾失健运，则营血亏少，心失血养而发病，或肾阴亏虚导致心阴不足，阴虚火旺，灼津为痰，痰热上犯心神也可发病；或由过食膏粱肥甘厚味，损伤脾胃，运化失司，痰浊脂液，阻滞脉道导致气结血凝而发病；或由情志郁结，气机不畅，气滞血瘀，导致心脉痹阻而发病；也可因寒邪侵袭，痹阻胸阳，气血凝涩而发病。概言之，本症的基本病机是心脉痹阻，心失所养。

临床表现

冠心病根据临床表现的不同，可分为隐性冠心病、心绞痛、心肌梗塞、心肌硬化症及猝死五型。其中猝死，目前针灸尚无有效的治法，故从略，兹将四型分述如下。

1.隐性冠心病：病人一般无症状及体征，有的病人有胸闷、心悸、心前区刺痛等非特异性症状。经心电图负荷试验检查方能确诊。

2.心绞痛：典型心绞痛可见突然发生的位于胸骨体上段或中段的压榨性、闷胀性或窒息性疼痛，疼痛可沿左肩、左上肢前内侧放散，疼痛历时不超过15分钟，可为硝酸甘油所缓解，心绞痛发作也有不典型的，临床应注意鉴别。

3.心肌梗塞：先有发作持续时间较长且硝酸甘油不能缓解的心绞痛，伴恶心、呕吐、大汗、心动过速等证，继则出现长达数小时或数天、范围较广泛的心前区疼痛以及休克、心律失常、心力衰竭、胃肠道症状和坏死物质吸收引起的症状。心电图检查对诊断和估计病变的部位、范围和病情演变有很大帮助。由于本病发病急骤故列入本书急症。

4.心肌硬化：病人的心脏逐渐增大，有心绞痛或心肌梗塞的病史，并伴有各种心律失常，至后期出现左心衰竭和右心衰竭的症状和体征。

辨证施治

1.胸阳痹阻证：

主证：心痛，每于受寒后诱发，气短，胸中闷塞，重者心痛彻背，背痛彻心，舌苔腻，脉弦滑。

治则：通阳宣痹。

处方：内关（－） 厥阴俞（－）（双） 膻中（△）

穴方简释：本证由寒邪内侵致使阳气不运、气机阻痹而致，故灸气舍膻中以温通气；取厥阴俞以活血通络止痛；取内关以通阳宽胸宣痹。

操作方法：得气后，各穴用提插捻转平补平泻手法，膻中针感要求向四周扩散，动留针30分钟或直至疼痛缓解。

疗程：每日1次，或疼痛发作时针刺，5～7天为一疗程。

2.心脉瘀阻证：

主证：心胸刺痛，固定不移，入夜更甚，时感心悸不宁，心烦不安，舌紫暗或有紫点、紫斑，脉弦或涩。

治则：活血化瘀，通络止痛。

处方：内关（－） 膈俞（－） 膻中（－）

穴方简释：本证由气郁日久，瘀血内停，络脉不通所致，故取血舍膈俞配气舍膻中以行气活血，化瘀止痛，取内关以宽胸通络止痛。

操作方法：得气后，针刺用提插捻转之泻法留针30分钟持续运针或至疼痛缓解。

疗程：每日1～2次，或疼痛发作时针治，5～7天为一疗程。

3.痰浊内阻：

主证：胸闷或胸痛，形体肥胖，肢体沉重，气短喘促，痰多，苔厚腻或垢浊，脉滑。

治则：通阳泄浊，豁痰开结（宣痹）。

处方：内关（－） 通里（－） 阴陵泉（－） 丰隆（－） 少府（－）

穴方简释：本证由痰浊盘踞、胸阳失展所致，故取心经络穴通里以泻胸中痰结；取丰隆、阴陵泉以化痰降逆；取少府、内关以理气宣痹。

操作方法：得气后，用提插捻转泻法，动留针30分钟，持续运针或至疼痛缓解。

疗程：每日1次，5～7天为一疗程。

4.气阴两虚：

主证：胸闷隐痛，时作时止，心悸气短，倦怠懒言，面色少华，头晕目眩，遇劳则甚，舌偏红、少苔，脉细弱无力，或结代。

治则：益气养阴，活血通络。

处方：厥阴俞（－） 通里（＋） 足三里（＋） 太溪（＋）（双） 气海（＋）

穴方简释：本证属胸痹日久，致气阴两虚，故取足三里，气海以补中益气；取太溪以育阴养心安神；补通里、厥阴俞以活血通络止痛。

操作方法：得气后，分别用提插捻转补泻手法，留针30分钟。

疗程：每日1次或间日1次，10次为一疗程。

5.肾阳虚弱证

主证：心痛、气短、心悸、形寒肢冷、腰膝酸痛，舌淡、苔白，脉沉无力或结代。

治则：温补肾阳，通络止痛。

处方：内关（－）（双）　膻中（△）　气海（△）　关元（＋）

穴方简释：本证由肾阳虚衰、胸阳不运，气机痹阻，血行不畅所致，故取气海、关元，大艾炷灸之以温补肾阳；取气会膻中温通胸阳；取内关以宁心安神。

操作方法：得气后，用提插捻转补泻手法，留针或动留针30分钟。

疗程：每日1～2次，5～10天为一疗程。

5.阳虚厥脱证：

主证：心痛、短气、大汗出、四肢冷、面色苍白，甚至昏厥，舌淡、苔白，脉沉细欲绝或结代。

治则：回阳，固脱，救逆。

处方：内关（－）　通里（－）　神阙（△）　人中（－）　郄门（＋）

穴方简释：本证属心阳痹阻，元阳暴脱之证，故急取神阙灸之以回阳固脱；泻人中以醒脑开窍；取手厥阴之郄门配内关、通里以通络止痛。

操作方法：神阙以大艾炷隔盐灸之，从十数壮至数十壮，根据病情来定。人中捻转泻法；其余穴位得气后，分别用提插捻转补泻手法，留针直至主要症状缓解。

疗程：每日1～2次或发作时针，3～5次为一疗程。

其他疗法

1.水针：取内关、郄门、心俞、厥阴俞，用丹参或复方丹参注射液、毛冬青注射液，每次选1～2穴，每次注射药液0.5～1毫升，每日或隔日1次。

2.头针：取胸腔区、血管舒缩区。进针后快速捻转3分钟，停5分钟，共捻转3次，留针30分钟。

3.耳针：取心、交感、内分泌、肾上腺为主穴，小肠、肾、胃、皮质下、神门为配穴，每次用2个主穴和1个配穴，左右耳轮换，留针30～60分钟，每日或隔日1次。

文献选录

“心痛但短气，不足以息，刺手太阴。”（《灵枢经》）

“心病者胸中痛，……两臂内痛……，取其经少阴太阳舌下血者，其变病刺郄中血者。”（《素问》）

“胸痹心痛，灸膻中百壮。临泣，主胸痹心痛，不得反侧。……心痛引背不得息，刺足少阴。不已，取手少阴。”（《千金方》）

“心痛：曲泽、间使、内关、大陵、神门、太渊、太溪、通谷、心俞（百壮），巨厥（七壮）。（《针灸大成》）

“胸痹：太渊。”（《神应经》）

经验选要

上海第六人民医院王恒润等报道，用针刺治疗冠心病88例。取穴：心俞（双）、厥阴俞（双），交替使用；内关、阳陵泉、郄门、三阴交，单侧取穴，交替使用。配穴：心绞痛：神堂、膻中；阵发性房颤、早搏：阴郄、内关；心动过速：下侠白、手三里；心动过缓：通里、内关。针刺方法：得气后行平补平泻手法，留针15分钟起针。耳针：取心、肾、小肠、交感、神门、皮质下、内分泌等穴，任取3～4穴，一般留针1小时左右。疗程：隔日1次，每周3次，15次为一疗程，间歇一周后，开始第二疗程。疗效：88例中有典型心绞痛者57例，治疗后心绞痛消失者27例，心绞痛改善30例；胸闷、心悸、气急治疗后消失者17例，症状减轻者70例，无效1例，总有效率达98%。有心肌损害等心电图变化者52例，经治疗32例好转，其余20例无改变，有效率占61%。（王恒润等　中国针灸　1(1)：1，1981年）

广西南宁针灸研究所心血管病研究组报道，针刺治疗冠心病50例，处方：膻中、心俞、内关为主穴，厥阴俞、曲池、足三里为配穴，每次取主穴1穴，配穴2穴，或主2配1。手法：以缓慢捻进法进针，保持恒定频率，要求针感较重。留针时间15～20分钟。疗程：每日1次，12次为一疗程，疗程间休息3～4天，共3个疗程。疗效：心绞痛者37例，针治后显效11例，改善者19例，无效7例，总有效率为81.1%；心电图疗效：有心电图改变者47例，针治三疗程后，心电图显效者19例，改善者9例，无效15例，加重4例，心电图总有效率为59.6%（广西南宁市针灸研究所心血管病研究组　中国针灸　1(2)：5，1981年）

评述

针刺治疗冠心病可缓解或解除心绞痛，改善心肌缺血状态，但宜与药物结合运用，在急性期应中西医结合抢救治疗。另外，在急性期，针刺手法宜轻，以免病人过分紧张，增加心肌耗氧量。

临床研究发现针刺能使冠心病心绞痛病人的射血时间延长，心输出量增加，降低心肌耗氧量，加强心收缩性，降低前负荷，改善左心室顺应性，以及增加心血搏出量，提高左心室后壁搏幅。

冠心病人宜食用低胆固醇，低动物性脂肪且清淡而富含维生素C的食物，合并有高血压或心力衰竭者，还应限制食盐。暴饮暴食，吸烟喝酒，过度劳累或情绪激动均可诱发本病，故应避免上述不良因素的刺激。另外，降低高血脂是减少本病发病率的有效途径，临床证明针灸确能降低高血脂。

张　仁　仇裕丰

七　急性心肌梗塞

急性心肌梗塞，是冠状动脉骤然闭塞，血流中断，使部份心肌因严重的持久缺血而发生局部坏死的一种病症。

本病在我国近年来发病已明显有增多的趋向，占综合性医院的内科住院病人的0.3%以上。患者多在40岁以上，且以男性患者常见。多伴有高血压史。其发作似与气候寒冷、过劳及精神紧张等有关。

中医学将本病归于厥心痛、真心痛等范畴，早在《足臂十一脉灸经》中，就有"心痛，心烦而意（噫）。诸病此物者，皆久（灸）臂泰（太）阴温（脉）"的记载，这可能是指一般心痛而言。《内经》中提到的"真心痛，手足清至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死"（《灵枢·厥病》），极类本病。

病因病机

中医学认为，本病多系外感内伤所致。可因七情内伤，气机郁结，血行迟缓不畅，气滞血瘀；久病入络，瘀阻心脉，脉道不利，不通则痛。亦可因素体阳虚，复感寒邪，或阴寒内伏，胸阳不展，气血闭阻而发为心痛。

现代医学认为，本病主要为冠状动脉分支的动脉粥样硬化病变引起管腔闭塞，常伴有血栓形成，以及血供受到障碍的心肌发生坏死。这是由于心肌梗塞多由于冠状动脉急性闭塞引起，因此心肌缺血持久而严重，使心脏发生不可逆转的组织上的损害。

临床表现

起病急骤，主要有下列症状：急性疼痛，较心绞痛剧烈而持久，并多伴冷汗、烦躁不安等；休克，大汗淋漓，皮肤湿冷，脉搏细而快，血压下降，甚至昏厥；急性左心衰竭，呼吸困难、咳嗽等；另外可有胃肠症状，发热。

实验室检查，白细胞计数增高，常在10×5^{9}/升（10000/mm^3）以上，血沉增快，血清酶含量增高以及心电图改变等。

辨证施治

1.气滞血瘀：

主证：胸闷如塞，疼痛剧烈，痛如针刺，部位固定，烦躁不安，呼吸困难，脉象沉涩，舌质紫暗或有瘀斑。

治则：行气活血。

处方：内关（－）（双）　膻中（－）

酌情选配足三里（＋）（双）。

穴方简释：膻中乃足太阳、足少阴、手太阴、手少阳、任脉等五脉之会，能宽胸利气，泻之以促经气运行，盖气为血帅，气行则血行，使瘀阻得通，标实可泻。内关既为心包经之络穴，又通于阴维脉，"阴维为病苦心痛"（《难经》），泻络运针宁心镇痛。足三里为足阳明之合穴，健胃以助气血生化之源，本虚可补。本型症候为本虚标实，病位在心，三穴合用，可收标本同治、祛瘀止痛之功。

操作方法：膻中穴针尖向下平刺，反复运针，内关穴先用导气法待针感放射至前胸或侧胸，并用泻法；足三里用捻转加小幅度提插之补法。留针至胸痛显著缓解或消失。留针期间宜反复间断运针。

2.胸阳痹阻：

主证：胸痛剧烈持久，疼痛引背，气短胸闷，汗出肢冷，甚或昏厥，舌淡、苔白，脉象沉细。

治则：温阳宣痹。

处方：心俞（＋△）　郄门（±）（双）　巨阙（＋△）

酌情选配厥阴俞（＋△）。

穴方简解：心俞在背位于阳而内应于心；巨阙，乃心之募穴，二穴合用为俞募相配，针补而复灸之，可温通心阳，疏调心气；郄门，心包经之郄穴，善宣胸痹而止心痛。厥阴俞，可加强疏通心气之功。应用此方，能振奋衰微之阳气，消散郁结之阴寒。

操作方法：心俞、厥阴俞及郄门，均先用导气法，要求针感达前胸，巨阙针法同膻中。心俞、厥阴俞、巨阙均在施补法后，加用艾灸或艾卷温灸针柄。

其他疗法

1.水针：取内关，用杜冷丁10毫克，用注射用水稀释至5毫升，垂直刺入上穴，得气后施强刺激，注入药液，每侧穴2.5毫升。

文献选录

实则心暴痛，……内关主之。（《针灸甲乙经·卷七》）

治胸痹心痛，穴天井、临泣、膻中，或灸百壮。（《圣济总录·针灸门》）

心气疾痛：心俞、内关、通里、大陵、中冲、膻中、上管、鸠尾。（《杨敬斋针灸全书·下卷》）

经验选要

成柏华等，对14例急性心肌梗塞病人进行了观察，针刺双侧内关穴后，发现针刺对胸痛缓解率达100%，测量10例患者的血浆cAMP，有8例明显下降，平均减少值为11.01微微克分子/毫升；14例患者中有10例在针后STI缩短，缩短均值为－0.034（$P<0.01$）；在6例∑ST测定中，有5例减少，减少均值为5.1毫米（$P<0.05$）。说明在缓解病情，减少并发症及降低死亡率等方面有较好的效果。（针刺研究，7(2)：178，1982）。

吴经纬，曾救治一例心肌梗塞并左心衰竭的病人，先针双侧定喘、肺俞，不留针，继在上穴拔罐，无效。又针膻中、合谷、足三里、丰隆，强刺激，各穴3～5分钟行针1次，膻中穴先起针，继用艾卷灸治。30分钟后好转。后又有发作，再以上穴及内关、神门、虎边、三阴交穴针刺，病情渐趋稳定。3月后出院。1年后因咳嗽、肝肿大等再次入院，休克数次，救治无效死亡。（新中医　(1)：37，1984年）。

评述

急性心肌梗塞是危及生命的急重之症，运用针刺治疗并进行较严密的科学观察研究是近年的事。从目前的工作看，针刺对于缓解心肌梗塞的严重疼痛有十分明显作用。有

人在中西医常规治疗上，将急性心肌梗塞病人分为针治组与非针治组，进行了左心功能、结膜微循环及血浆cAMP、cGMP的测定，结果发现针治组比非针治组效果均较好。动物实验也证实，针刺可使实验性心肌梗塞之梗死范围缩小，心肌坏死程度减轻等。

急性心肌梗塞的针灸治疗，目前还属于起步阶段。首先，它只是作为中西医综合治疗的措施之一，必须在中西医常规治疗的基础上进行。其次，所积累的病例还不多，因此，无论临床规律还是治疗的确切机理，均有待进一步探索。

张仁

八　中风

中风又称卒中。其起病急骤，以猝然昏仆，不省人事，伴㖞僻、不遂为主症的一种疾病。是临床上常见的多发病之一。好发于40～70岁之间的高血压、动脉粥样硬化患者。多与情绪激动、饮酒史、家族史有关。发病高峰一般在气温骤降或寒冬季节。

本病死亡、致残率较高。在很多国家统计中，常与心肌梗死和癌肿一起被列为死亡率前三位，在我国则为第一。幸存者也多带有残疾，丧失生活及工作能力。

中医学对本病认识，始见《内经》。对卒中、昏迷，有仆击、大厥、薄厥等描述。本章主要叙述风中脏腑的危急重症。类似现代医学脑血管意外范畴，如脑溢血、脑栓塞等。

病因病机

本病发生主要以内伤积损为主。平素气血亏虚，心、肝、脾、肾脏腑功能失调，阴阳失衡，加之忧思恼怒、饮酒劳累等诱因，导致阳化风动，血随气逆，挟痰挟火，蒙蔽清窍，而致猝然昏仆，不省人事。

根据邪正不同情况，又将中脏腑的证候分为闭证和脱证两大类。闭证中又按有无热象分为阳闭和阴闭。

阳闭以痰火偏胜为主。多因心、肝的气火、挟痰上冲，血菀于上，痰火瘀血，蒙蔽清窍，遂至卒倒无知。

阴闭以痰湿偏盛为主。多因肝风鸱张，痰湿偏盛，风挟痰浊，壅闭经隧，蒙蔽神明，发为本病。

脱证以阳气欲脱为主。多因阳浮于上，阴竭于下，真气衰微，元阳暴脱，阴阳互不维系而发为危急症候。

综上所述，卒中病因病机虽较复杂，但归纳起来不外虚（阴虚、阳虚）、火（肝火、心火）、痰（风痰、湿痰）、气（气逆）、血（血瘀）五端，其中以肝肾阴虚为其根本，痰湿、瘀血为其主要病理因素。此五端在一定条件下，可互为因果，互相作用。临诊时必须谨守病机，仔细辨证。

西医认为本病发生，是由于脑血流循环发生显著异常而致。绝大多数与高血压、动脉粥样硬化有关。因管腔壁发生病理性改变，加之血压骤升，导致管壁破裂出血，或小

动脉痉挛，持久严重，而致大片出血灶。由于出血因素，形成局部血肿，压迫临近脑组织，引起脑水肿、脑压升高。或少数患者因栓子流入血液，堵塞大血管而致大片脑组织缺血、缺氧、软化、坏死。近代研究对凝血机理的变化，也可作为本病的发病因素之一。

按出血和缺血不同发病机理，临床上大致可分为出血性卒中和缺血性卒中两大类。

临床表现

1.出血性卒中：脑溢血为卒中典型常见发病形式。其临床表现，大多数发病急骤，常在数分钟或数小时内进入昏迷。首先有头部剧痛，继则频频呕吐，呕吐物呈咖啡色。面色赤红或苍白，大汗，呼吸深而不规则，脉洪大而缓慢，血压升高，呼吸时麻痹侧面颊呈“鼓帆状”，口角流涎，四肢软瘫，对一切刺激无反应，大小便失禁，高热，有脑膜刺激症状。

脑出血急性期，如出现体温急剧升高，进入深昏迷，呼吸心率加快而不规则，张口仰头呼吸，血压下降，伴有消化道出血，此为预后不良征兆。

2.缺血性卒中：多见于风湿性心脏病引起脑栓塞。可发于任何年龄，以中青年为多。起病急骤，无任何先驱症状。常于发病后数秒钟或很短时间内，症状到达高峰，进入昏迷状态。

辨证施治

1.闭证：

(1) 阳闭：

主证：突然昏仆，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，两手握固，大小便闭塞，肢体强痉，兼见面赤身热，气粗口臭，躁扰不宁，舌红绛而干、苔黄腻，脉弦劲而有力。

治则：平肝熄风，降火开窍，佐以活血化瘀。

处方：人中（－）　十宣（点刺出血）　风府（－）　劳宫（－）　太溪（＋）（双）

酌情选配　哑门、大椎（－）、太冲（－）、涌泉（＋）。

穴方简释：人中、风府、哑门为督脉要穴，泻之泄阳邪、通阳气、调和督脉气血运行。同时取“十宣”穴点刺出血，泻阳邪以开窍。泻心包经荥穴劳宫，以泄热降火，泻肝经原穴太冲以镇肝熄风。补肾经原穴太溪、地才穴“涌泉”以补肾阴，以潜上亢之气火，乃上盛下虚，引而下之的治法。组方配伍达到补肾阴，泻阳邪，熄肝风，化瘀血，开窍醒脑作用。

(2) 阴闭：

主证：突然昏仆，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，两手握固，大小便闭塞，肢体强痉兼见面白唇暗，静卧不烦，四肢不温，痰涎壅盛，舌边暗紫、苔白腻，脉沉滑缓。

治则：豁痰熄风，温通开窍。

处方：十二井穴（点刺出血）　风府（－）　内关（－）　关元（△）　涌泉（△）（双）

酌情选配人中（－）、哑门（－）、丰隆（－）、足三里（＋）、劳宫（△）。

穴方简释：人中、风府、哑门泻之以清脑开窍。十二井穴（点刺出血）以决壅开窍，接通三阴、三阳经气，协调阴阳，使之平衡。取关元灸之，以培补元气，温补真阳，加灸心包经“劳宫”，肾经井穴涌泉，温通开窍助阳气以布四肢。补胃经下合穴足三里、泻络穴丰隆、内关，以疏泄气机、蠲浊化痰。组方配伍达到温通开窍，豁痰熄风作用。

操作方法：十宣、十二井穴用三棱针点刺微出血。余穴均用提插捻转法的泻法和补法。针刺深度以得气为准。不留针。艾条灸10～15分钟，以局部皮肤红晕、肢体回温为度。

疗程：每日1～2次，至神志渐醒，则减十二井穴和十宣穴、人中穴，以免损伤气血。

2.脱证：

主证：突然昏仆，不省人事，兼见面色苍白，目合口张，鼻鼾息微，汗出如珠，手撒肢冷，大小便自遗，肢体软瘫，舌痿、脉细弱或脉微欲绝，或浮大无根。

治则：益气回阳，救阴固脱。

处方：神阙（△）　关元（△）　足三里（＋）　三阴交（＋）

酌情选配　气海（△）、中脘（＋）、阴郄（＋）、涌泉（＋）。

穴方简释：任脉为阴脉之海。根据阴阳互根的原理，如元阳外脱必从阴救阳，故取任脉经神阙，位于脐中，脐为生命之根蒂，真气所系和关元联系命门真阳，是阴中有阳的穴位。加灸气之大海气海穴，以培补元气、温固真阳、挽回将绝之阳气，而救虚脱。补三阴交、涌泉，有兼顾真阴，摄纳浮阳之意。补胃经合穴足三里、胃之募穴中脘，以调补中气。补心经郄穴阴郄，以潜虚阳，固摄心液而止汗出。组方配伍达到益气回阳，救阴固脱，有急救之功。

操作方法：

①用艾绒做成大艾炷灸之。

②针刺采用提插捻转法结合呼吸补泻法的补法，不留针。

疗程：每日1～2次，至正气渐复，脉起肢温有好转之机，权衡主次，标本兼行。

其他疗法

1.头针：用于闭证，取百会与曲鬓两位间的连线为针刺部位。常规消毒后，以28或30号的1.5至2寸毫针沿头皮从百会穴向曲鬓方向刺，分三段接力刺入，施行快速捻转手法200次左右/分，连续5分钟，休息5分钟，重复3次，约30分钟出针。每日1次，15次为一个疗程。

2.耳针：用于闭证，取心、肝、脾、肾、肾上腺、神门、脑点、耳尖、降压沟，每次取3～5穴，快速捻转进针，留针30分钟，每日1～2次，至病情好转。

3.放血：用于阳闭，①尺泽、委中穴静脉怒张处，常规消毒后，用三棱针点刺放血，应在100毫升以上，量少无效。②取手足十指尖，常规消毒后，用三棱针点刺，出血数点即可。

文献选录

中风跌倒，卒暴昏沉，痰涎壅滞，不省人事，牙关紧闭，急以三棱针刺十指十二井穴，当去恶血。（《乾坤生意》）

凡初中风跌倒，卒暴昏沉，痰涎壅滞，不省人事，牙关紧闭。刺少商、商阳、中冲、关冲、少冲、少泽。（《针灸大成》）

卒中暴脱，若口开手撒，遗尿者，虚极而阳暴脱也。脐下大艾灸之。（《证治准绳》）

中风痰涌，六脉沉伏，昏不知人，声如牵锯，宜于关元、丹田多灸之。（《济生方》）

经验选要

胡国强等，“醒脑开窍”法，针刺治疗急性中风病人的血液流变学变化及疗效观察。对60例病人分醒脑开窍法为观察组30例。针刺以内关、人中为主，加极泉、尺泽、合谷、委中，均用泻法。对照组30例，取患肢穴位，一般捻转提插。治疗结果，醒脑开窍法痊愈23人，占76.7%，显效7人，占23.3%。而对照组痊愈11人，占36.7%，显效9人占30%，好转10人占33.3%。两组疗效差异，经统计学处理$P<0.01$，有非常显著意义。（1987年）

李定明等，以风府、哑门为主穴针灸治疗脑出血的临床观察。分A组46例，以针刺风府、哑门为主，辅穴每次可辨证加选6～10穴。治疗结果痊愈15例，占32.61%，基本痊愈8例，占17.39%，显效15例，占32.61%，死亡8例，占17.39%，总有效率达82.61%。B组46例，除不针风府、哑门外，其他方法与A组相同。其治疗结果，痊愈2例，占4.35%，基本痊愈7例，占15.22%，显效8例，占17.39%，有效5例，占10.87%，无效10例，占21.74%，死亡14例，占30.43%，总有效率47.83%，两组疗效差异，经统计学处理$P<0.005$，有非常显著意义。（1987年）

评述

卒中为本虚标实之症。发病机理较为复杂，起病急骤，来势凶猛，是临床危急重症。古人言：“劫病之功，莫捷于针灸。”针灸治疗本病有悠久的历史，疗效卓著。但需结合临床，必要时应采用中西医综合抢救措施，以挽回患者垂危的生命。

闭证与脱证，临床上以闭证多见。前者以邪实内闭为主，属实证，宜祛邪。后者以阳气欲脱为主，属虚证，急宜扶正。闭、脱二症又可互相转化，或同时互见，因此在治疗时，要掌握标本缓急和扶正祛邪的原则。如闭证中出现脱证，是病情转重的表现，预后多见不良，治疗上应祛邪同时兼顾扶正或不伤正气。如脱证转为闭证，是正气渐复征象，治疗上要在扶正同时，注意祛邪的一面，权衡主次，标本兼顾，随证选穴，灵活运用。

本病在临床诊断上，可借助现代医学腰穿、CT或核磁共振等检查，确诊脑部病灶性质、程度、范围，以便制定更有效治疗措施和判断预后、疗效。

凡年高、气虚、痰盛或平素肝阳偏亢者，有指端不时麻木、眩晕、偶见舌强等现象，为卒中预兆。可取百会、风池、曲池等穴泻之；或灸足三里、绝骨，都可预防卒中。在生活方面应避免七情的刺激，保证充足的睡眠，饮食宜清淡，忌食厚腻及辛辣烟酒之物。

近代针刺在活血化瘀、豁痰降浊方面，临床研究报导颇多。如针刺对血液流变学指标影响，通过对血液凝固与纤溶系统的影响，从而调节、改善了微循环。证实针刺有活血化瘀作用。又如针刺对降脂疗效观察，针后三酸甘油脂、总胆固醇略有下降，而β-脂蛋白有明显下降，高密度脂蛋白有明显升高，具有显著的降脂作用，从而改善硬化的动脉管腔，降低了血液粘稠度，达到增加脑血流供养目的。对卒中预防和治疗都有积极意义。为临床疗效提出了科学依据。

临床研究报导，脑出血急性期针刺风府、哑门不仅无不良反应，相反能提高疗效，缩短疗程。经CT扫描对比，可促进出血部位血块的溶解和吸收。

近代对头针应用很广。经研究，头针疗法具有扩血管作用，故对脑出血急性期和血压偏低者不宜使用。

梁慧丽

九　缩窄性大动脉炎

缩窄性大动脉炎，因临床可见一侧或双侧桡动脉搏动变弱或消失，故又称无脉症。其病理特性，为主动脉或其主支的非特异性炎症，为血管管腔炎症引起狭窄变化所致。在我国及亚洲比较多见，尤以青年女性偏多。

中医学中无此病名，据本病常见有上肢发麻、发冷、无力等症，则可属于痹证范围，又据本病桡动脉微弱或难摸到，则属于中医脉学中的“伏脉”。

病因病机

本病以寸口脉搏动微弱或深伏不易切到为特征，符合于中医伏脉之象，伏脉的形成有虚实两证，虚证属于阴阳气血不足，常见于久病重病；实证多由寒凝、气滞、血瘀等痹阻经络，脉道不利而成，本病一般无危重症状，当属实证。由于气血痹阻，脉道不利，其所属经络经筋失养，故常见肢冷发麻无力等症；气血被阻，不能上行于头，清窍失养，则易见头昏、眼黑，甚至晕倒等症状，气血不能上荣于目，更易导致视力减退、视物不明等症。

现代医学对本病病因尚不明确，结核、梅毒、结缔组织病等均被考虑过，尚无定论，一般认为与自身免疫性疾病有关。

临床表现

本病的常见症状，主要表现于下列各方面：

1. 周围动脉：最常见的是一侧或两侧桡动脉搏动减弱或消失。有时动脉可摸到，但血压不能测出或收缩压很低，无脉症状的出现极为缓慢，往往要经过几个月或几年后搏

动才完全消失。患者感上肢无力，易冷、发麻，易疲劳。

2.神经系统症状：由于颈动脉病变，脑供血不足，可引起头痛、头晕甚至晕厥；严重者，可出现肢体瘫痪或偏瘫，如发生球麻痹时，则可危及生命。

此外，如发生高血压（持续性中等度或阵发性血压升高）、一时性眼失明、视力减退、视网膜血管变苍白或视神经萎缩、面肌萎缩等。

心脏检查，可发现主动脉区有舒张期杂音，动脉造影可发现狭窄部位。在早期血沉常加快，血中白细胞常增多等有助于诊断。

辨证施治

1.气滞血瘀：上肢发麻、发冷、酸痛无力、易疲劳，或伴头痛、头晕、视力减退，于活动时加重或诱发，甚至昏厥、瘫痪，舌质多见紫暗，一侧或两侧伏脉。

治则：行气活血，化瘀通脉。

处方：内关（±）　太渊（+）　尺泽（±）　云门（±）　曲泽（±）（双）

头痛头晕，加风池；视力减退，加攒竹、丝竹空。其他如出现昏厥、瘫痪等症状，可参照有关疾病篇处理。

穴方简释：脉会太渊，故本方用之以通脉而起沉伏，寸口属太阴肺经，故取尺泽以通经络。取内关以益心气，以心主血脉之故。云门、曲泽，有助于宣通心肺两经之气，而起复脉之功。其他兼见之证，均作对症治疗，达到减轻症状之目的。

操作方法：本病不适宜于强烈的刺激，针刺各穴，尤其是主穴，应用较轻的平补平泻法，以疏通经气，得气后行针数次，往往可见脉搏加强，即可出针，不必留针。

疗程：开始时可每天1次，连续5～7次后，可隔日治疗1次，10次为一疗程，应观察2～3疗程为宜。

其他疗法

水针：取内关、尺泽、手三里，按水针操作常规，每穴注当归红花注射液或丹参注射液1～2毫升，间日1次。

文献选录

手臂痛不能举，曲池、尺泽、肩髃、三里、少海、太渊、阳池、阳溪、阳谷、合谷、液门、外关、腕骨。臂寒，尺泽、神门。臂内麻痛，太渊。手臂冷痛，肩井、曲池、下廉。（《针灸大成·手足腰膝门》）

经验选要

过中方《针刺治疗无脉症》，用针刺治疗无脉症30例，其中8例为住院病人，全组病例中单纯右侧的患者较少见。大多数患者均可听到两侧颈动脉的血管杂音，往往右侧颈部较为明显，并出现脑贫血现象，如头昏、眼黑，以及多种眼底症状。治疗取穴：主穴为内关、太渊、尺泽，辅穴为神门、风池、肩井等。对其他较敏感的穴位，如合谷及下肢穴位，最好不用。在治疗过程中，在各个病员身上曾多次针刺足三里之后，致使脉

搏血压又复消失或减弱。操作方法：用较轻而短暂的刺激，使之发生的感觉，以酸麻感为最好，感觉之传导不要很远和强烈。也不久留针，一般以不超过15分钟，以能触及脉搏为适度。疗效：3例效果良好，4例效果较好，其余病例经针刺治疗后，亦扪得脉搏，测得血压，有了一定的好转。（过中方，《针灸治疗无脉症》，1959年）

评述

无脉症中医文献中，虽有类似症状的描述，但缺乏对本病的具体记载，更未见治疗方法的介绍。现代医学对本病的病因尚未弄清，虽做一些探索，进行过封闭或手术治疗，未能取得满意的效果。因此，以往认为是不治之症。从50年代以来，国内学者试用针刺治疗，取得了一定的疗效，并陆续有所报道，这是针灸学在临床治疗的新进展。

不过本病系因血管管腔炎症引起狭窄的变化所致，较为顽固难治，针刺之后，脉搏可以明显增强，或血压可以测到，但停针后又复原状，故必须耐心调治，作较长时期的治疗，才能取得较好的效果。

十　血栓闭塞性脉管炎

血栓闭塞性脉管炎，是周围中小动、静脉的一种进行缓慢的闭塞性炎症。最常见的临床表现，为下肢端坏疽和慢性溃疡，伴剧烈疼痛。偶有累及上肢者，病者大多为男性，年龄多在25～45岁之间。本病初期见肢端冷麻酸痛，属中医痹证范畴，后期脚趾坏死，中医称为脱疽或脱骨疽，亦有名敦疽者。

病因病机

本病的病因，可概括为内因和外因二者。内因主要为七情内伤肝血不足，房劳不节，耗伤肾精，气血虚衰，不能抗御外邪所致；外因主要是感受寒湿之邪，阻于经脉，气血瘀塞。内因与外因，相互结合而发为本病。

由于气血不足，气血运行无力，感受寒湿外邪，血行易于痹阻，故病之初期，多见趾（指）端发冷发麻或酸痛等寒湿痹证现象。寒湿久郁，化而为热，则见趾端红肿热痛等症；热邪久郁，热盛肉腐而形成溃疡和坏疽，久延则耗伤气血，终成为气血两虚之候。

现代医学对本病病因尚未完全清楚，一般认为与长期吸烟和受寒冷、潮湿有关。早期病变为血管内膜增生，渐而血栓形成，血管腔闭塞，而逐渐形成溃疡或坏死。

临床表现

本病整个发展过程，大体分为三个阶段。

1.局部缺血期：由于局部循环障碍，血液供给不足，患肢发凉、怕冷、麻木或酸痛，行走后小腿疼痛，肌肉抽搐，休息后可好转，再行走又复发作，称为间歇性跛行。

2.营养障碍期：病变逐渐加重，肢端血行障碍加甚，故患肢出现持续性疼痛，夜间更甚，由于疼痛剧烈，不能入睡，病者常见抱膝而坐，足部和小腿皮肤苍白、干冷、肌

肉萎缩，趾甲增厚或脆裂，足背动脉和胫后动脉搏动减弱或消失。

3.坏死期：由于患病动脉完全闭塞，以致患肢发生干性坏疽。坏死常开始于拇趾尖端，逐渐延及其他足趾，坏死组织可自行脱落，留下残端溃疡，如感染则可为湿性坏疽，创口流稀薄粘液或紫黑血水，疼痛剧烈。其全身症状可见发热、口干、食欲不振等，久病者则见面色萎黄，形体消瘦，神疲乏力等症。

本病的诊断，可根据临床症状，结合肢体位置试验，趾（指）端皮肤压迫试验，皮肤测温试验，以及仔细切按足背动脉，胫后动脉的搏动情况，并观察皮肤、肌肉、汗毛等变化，以明确诊断，并与闭塞性动脉硬化症及指端动脉痉挛症相鉴别。

辨证施治

1.寒湿证：患肢喜暖怕冷，摸之冰凉，皮肤苍白或紫红，足背动脉微弱或不能触及，舌质淡红、苔白腻，脉沉细或沉迟，多见于初期。

治则：温经散寒，化湿通络。

处方：足三里（－） 解溪（－） 三阴交（－） 行间（－）（双）

湿盛者，加阴陵泉；上肢发病者，加曲池、合谷、外关、中渚。

穴方简释：阳明为多气多血之经，故主方重取阳明足三里、解溪，以调气血；寒者温之，加灸以散寒邪；取三阴交、行间，以活血通络而缓痛。湿盛，取阳陵泉以去湿；其发于上肢者，取手阳明、少阳以通络活血。

操作方法：各穴均行捻转泻法，疼痛甚者久留针并持续运针，针后加用艾灸法，以皮肤灼热潮红为度。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

2.气滞血瘀：患肢紫红或紫暗，有瘀点，足下垂时为明显，剧痛持续，患肢皮肤干燥，汗毛稀少；甚则肌肉萎缩，爪甲变厚，面色暗黄。舌质紫暗、苔白，脉沉细或涩，多见于营养障碍期。

治则：活血化瘀，行气通络。

处方：膈俞 血海 三阴交 八邪

酌情选配委中、昆仑、太溪。上肢患者，按寒湿型上肢穴方加八风。

穴方简释：本方取膈俞、血海、三阴交，以活血化瘀；委中，刺血而宛阵具除，其余如八风、八邪、昆仑、太溪等穴，针刺之可以宣通局部经络气血，而收止痛之效。

操作方法：各穴均用捻转泻法，留针1～2小时，可反复持续运针，委中刺静脉放血。本证如无热象时，趾（指）局部穴位可加灸法，以加强行气活血之效。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

3.热毒证：患肢有游走性红斑，疼痛剧烈，可出现溃疡，甚则患肢干性坏死，干枯焦黑，溃破腐烂，脓水稀薄，剧痛难忍，入夜尤甚。或伴有发热、口渴、便秘、尿黄等。舌苔黄燥、质红，脉数或弦。

治则：清热解毒，活血化瘀。

处方：膈俞（－） 血海（－） 委中（－） 尺泽（－） 涌泉（－）（双）

酌情选配昆仑、照海、大椎、曲池。

穴方简释：本证因热毒内盛，故取膈俞、血海泻之，以清血分之热毒；刺委中、尺泽出血，以清泄邪热，刺涌泉以壮水济阴；刺大椎、曲池，以退身热；昆仑、照海，以止痛。其他如解溪、八邪等穴，均可酌情配用。

操作方法：各穴均用泻法，反复提插捻转，并久留针。

疗程：每日1次，剧痛时每日2次，可连续治疗以控制症状，缓解疼痛。

其他疗法

1.水针：上肢，取手三里、合谷、中渚；下肢，取三阴交、解溪、太冲，每穴注射红花当归川芎注射液，或丹参注射液1毫升，每日1次。

2.埋线：取足三里、血海、手三里，每次选用2～3穴，用2～3号羊肠线穿入或埋入，每10～15天一次，5～6次为一疗程。

3.耳针：取交感、肾、皮质下、心、肺、肝、脾，每次选用1～2对。病在上肢，加锁骨；病在下肢，加股关节。用强刺激法，连续捻转后，留针1～2小时，每30分钟行针1次，每日1次，10天为一疗程。

文献选录

张怀忠等，应用针刺治疗血栓闭塞性脉管炎181例，取得良好效果。其治疗方法，以取患肢有关经络部位的敏感反应点为主，结合病位循经取穴。下肢取穴：主穴脉根（第2骶椎下旁开3寸5分）、上曲泉（在屈膝内侧纹上3寸，股骨后缘），脉生（曲泉直上3寸股骨后缘）。配穴：病在拇趾取阴陵泉、地机；病在足背取足三里、丰隆；病在四趾，取阴陵泉、悬钟。上肢选穴：曲池、青灵、手逆注（在前臂正中线，腕横纹与肘横纹联线中点）。病在拇指，取手三里；在无名指，取外关；在小指，取通里；前臂手掌凉胀，取大陵、阳池（灸）。操作法：对实热证用泻法；虚寒证用补法；虚实兼证用平补平泻法，一般每次选用1～5穴，每日或间日治疗一次，15次为一疗程。对坏疽腐烂处配合中药或抗生素。治疗结果：临床治愈89例，显效57例，无效4例，临床治愈时间为半年以内。（1980年）

彭厚荣等，用灸法治疗血栓闭塞性脉管炎30例。取穴为在患肢踝关节周围取穴，如复溜、太溪、中封、商丘、昆仑、丘墟、照海、申脉，以及血海、肾俞、委中、承筋。每日灸2～3次，每次灸至有舒适感为度，并与中药组28例作对照。治疗结果：止痛效果艾灸组30例，优者22例，良者6例，伤口愈合优者22例，良者8例，均优于药物对照组。（1979年）

评述

针灸治疗血栓闭塞性脉管炎，历代文献极为少见，近十余年各地陆续有所报道，并取得较好效果，这是针灸学的新进展。

本病的临床症状，主要为剧烈的疼痛，因此控制疼痛是治疗本病的重要环节，针灸有良好的止痛作用，极为合适，但连续应用多次后，其疗效会逐渐降低。因此，必须注意在取穴方面，开始时宜少取，以后逐步增加，而且经常调换穴位；刺激手法，也应有多样，

调换使用，留针时间宜长，也可以采用穴位埋针。耳针、水针等综合治疗，可提高疗效。

对有溃疡和坏死现象时，宜及时采取外科治疗，并且戒绝吸烟和刺激性饮食。

邱茂良

十一　肢端动脉痉挛症

肢端动脉痉挛症，亦称雷诺氏病，是肢端小血管痉挛性功能性闭塞所引起的局部缺血现象。受寒或情绪激动即可引发，以肢端皮色苍白及紫绀伴有指（趾）疼痛为特征，多发于青年女性。

中医文献中无本病的具体描述，但有类似症状的记载，如“四肢逆冷”、“四肢麻木”、“四肢疼痛”等。从本病临床表现看来，亦可归属于痹证范畴。

病因病机

本病由内因和外因两者引起。内因是脾肾阳虚，与气血不足，不能充达四肢，因四肢为诸阳之末，而脾肾阳虚，阳气不能远达四肢；或气血不足，不能充盈四肢，均能使肢末发冷发麻等。这是主要因素。其次为外受风寒之刺激，风寒外袭，阻于经络，气血不得畅行，四末失于濡养，故亦见肢冷发麻，甚至青紫疼痛等。内外二因，往往互为影响，同时并存。

由于阳气虚弱，或外受风寒，导致气血运行不畅、经络痹阻，久郁可以化热，而引起四肢末端灼热疼痛或肿胀，或因热甚而腐烂。

现代医学对本病原因尚不很清楚，可能是血管交感神经支配的功能紊乱所引起，或则是动脉本身对寒冷的敏感性增强所致。此外，本病也有遗传因素，某些病人的家族中常有血管痉挛现象的亲属。

临床表现

根据本病每次发作的过程，可分为三期：开始每由环境气温降低或情绪冲动而诱发，两侧手指或足趾、鼻端、外耳等处，突然颜色变白、发冷发僵，皮肤出汗、麻木或疼痛等为缺血期，常持续数分钟或数小时不等。继则肢端青紫或呈蜡状，疼痛等为缺氧期，延续数小时或数日，或逐渐消退，或转入充血期，而见肢端温度上升，皮色转红，然后恢复正常。经多次反复发作，至晚期指尖部偶可有溃疡或坏疽者，但极少见。本病不致引起肢体残废及生命危险。一般最后都达到静止期。

辨证施治

1.寒邪阻络证：多由素体虚弱，气血不充，每遇外界寒冷刺激，即出现四肢末端皮肤发冷、苍白、发麻或潮红、疼痛等，舌苔白，脉细弦或紧。

治则：温经散寒通络。

处方：曲池（±）　八邪（±）　足三里（±）　八风（±）（双）

酌情选配风门、外关。

穴方简释：本方上肢取曲池、八邪，下肢取足三里、八风，以温通经络而去寒邪；配风门、外关，祛除外受之寒邪，达到祛风通络之目的。

操作方法：各穴均用平补平泻手法，亦可用热补法，留针30分钟，同时用艾条灸。

疗程：每日或隔日1次，10次为一疗程。

2.气滞血瘀证：证见患肢指、趾皮色紫红，或青紫，作胀疼痛，舌质紫暗、苔薄白，脉象沉细。

治则：行气活血化瘀。

处方：膈俞（±） 血海（±） 气海（±）

上肢，配手三里、合谷、中渚；下肢，配足三里、行间、解溪。

穴方简释：主方用膈俞，血海以活血化瘀，用气海以益气调气，配以四肢各穴，以舒通局部经络，调理气血。如指趾胀痛较甚者，亦可采用八邪、八风等以疏调末梢气血、加强止痛作用。

操作方法：各穴均行平补平泻法，气海针后加艾灸；如胀痛较甚者，可用提插捻转泻法，留针30分钟。

疗程：每日或隔日1次，10次为一疗程。

3.寒郁化热证：证见患肢发冷较轻，肢端潮红或紫红而肿胀，灼热疼痛，或继发轻度溃疡，舌质红、苔黄，脉滑数。

治则：清热活血通络。

处方：曲池（－） 外关（－） 劳宫（－） 血海（±） 三阴交（±） 涌泉（－）（双）

酌情选配合谷、中渚、行间、侠溪。

穴方简释：寒邪化热、热则宜清，故取劳宫、涌泉、三阴交，以清荣热、血热；曲池、外关，以清气热；其他如上肢之合谷、中渚，下肢之行间、侠溪，既可清泄邪热，又能疏通肢端气血以止痛。

操作方法：进针得气后用提插泻法，血海、三阴交均用平补平泻法，留针30分钟，其间可运针1～2次。

疗程：每日1次，10次为一疗程，症状缓解后，可间日治1次。

其他疗法

1.耳针：取指、趾、腕、踝、神门、交感，用毫针或电针法，每日1次。痛甚者，可用埋针法久留，每隔几小时按压1次，加强针感。

2.水针：上肢，取外关、合谷、中渚；下肢，取三阴交、行间、足临运，每穴用红花当归川芎注射液或丹参注射液1～2毫升注入，每日1次。

文献选录

“四支厥：大都疗四肢逆冷，太溪主手足寒至节。列缺主四肢厥。手掣痛：治手足指掣痛不可忍，灸指端七壮，立差。少商治手挛掣痛。”（《针灸资生经·第五》）

“五指皆痛：外关。手挛掣痛，少商。足寒如冰，肾俞。足踝以下痛，灸照海，申脉。”（《针灸大成·手足腰胁门》）

经验选要

天津中医学院一附院，采用针刺与灸疗配合治疗雷诺氏病43例，收到较为满意的治疗效果。43例中，女性29例，男性14例，病程短者2个月，长者达6年。治疗方法，系根据本病属"阴阳俱微"的病机认识，采用针刺引导阳气，灸疗以温阳行痹之法，确立治疗方案，选穴为：极泉、臂中（曲泽与大陵两穴连线中点）、阳池、三阴交。兼郁证者配合谷、太冲。体虚久病者，配关元、足三里。操作方法：极泉直刺得气后施提插迎随补法，令针感向患肢末端放散，不留针。臂中施提插迎随补法令针感到达手五指，阳池直刺得气后留针15～20分钟。三阴交直刺行先补后泻法，针感先向上后向下至足趾，留针15～20分钟。灸疗：阳池、足三里用温针灸法，并令患者每晚用艾条自己施灸。疗程：每周治疗6次，4周为一疗程。治疗结果：痊愈15例（症状完全消失，2年以上未复发），显效11例（症状消失后1年以上未复发），无效1例。并对辨证论治的重要意义又作了讨论。

评述

针刺对血管的收缩与舒张，有良好的调整作用，已为大量实验资料所证实，而本病的发作，主要是肢端小血管的痉挛收缩所致，给予适当针刺刺激，当能收到较好的治疗效果。

本病的主要原因，在于气血不足，脾肾阳虚，一受外寒，辄易引起发作。故治疗当以培本为主，祛寒为辅，而患者注意摄养，调节情志，避免受凉，当可减少发作，加速治愈。

邱茂良

第二节　呼吸系统疾病

一　急、慢性支气管炎

急性支气管炎，是支气管粘膜的急性炎症。其病变局限于粘膜，痊愈后能完全恢复粘膜结构和功能。主要表现为咳嗽和咯痰，病程一般不超过1个月，伴有感冒症候群。急性支气管炎是呼吸系统的常见病，不论任何年龄、性别均可发病，但老年、幼儿及体弱者病情比较严重。本病多发生在冬季及气候多变的季节。可发展为细支气管炎或支气管肺炎，或加重原有的呼吸系统疾病，迁延不愈，可演变为慢性支气管炎。

慢性支气管炎（简称慢支），是指气管、支气管粘膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。临床以咳嗽、咯痰或伴有喘息及反复发作的慢性过程为特征，每年发作至少持续3个月，并连续2年以上发病。慢支是严重危害人民健康的多发病、常见病，尤以老年人为多见。男性较女性患者为多，北方患病率高于南方，农村高于城市。慢支如果治疗不及时，可并发肺气肿、肺原性心脏病，严重影响劳动力，甚至危及生命。

本病属于中医的咳嗽、痰证、饮证、喘证等范畴。

病因病机

中医学认为，肺为娇脏不耐寒热，无论外感六淫，还是脏腑内伤，肺、脾、肾等脏功能失调，均易影响及肺，形成咳嗽、咯痰、喘息等症。因此，临床上常将其发病机理归纳为外感与内伤两个方面。

外感多因寒热骤变，卫外不固，风寒、风热等六淫邪气乘虚从口鼻或皮毛侵袭肺卫，致肺气不宣、清肃失常；嗜食烟酒、辛辣助火之品，灼津生痰，阻塞气道，均可使肺气上逆而生咳嗽、咯痰等症。由于外邪性质及人体强弱的不同和阴阳偏盛偏衰的差异，症候表现上有风寒、风热、燥火等的不同。

脏腑内伤，功能失调影响于肺，如脾失健运，聚湿生痰，上干于肺；肾气亏虚，失于摄纳；命门火衰，水液不能蒸化，为痰为饮，上凌于肺；肾阴亏损，虚火内炽，灼伤肺津；或情志不畅，肝失条达，气郁化火，肺受火灼等，皆可致肺失清肃，壅遏不宣，肺气上逆而咳嗽、咯痰。

《景岳全书·咳嗽》所说："外感之咳，其来在肺，故必由肺以及脏，此肺为本而脏为标也；内伤之咳，先因伤脏，故必由脏以及肺，此脏为本而肺为标也"。本病的形成，常常是外感和内伤相互影响而发病。肺气不足，卫外不固，则外邪容易侵袭肺卫；脾肾阳虚，则是导致本病反复发作迁延不愈的原因。种种因素相互影响，往往引起，外邪益盛，正气日衰，形成咳嗽、咯痰、喘息、气短、肢冷、畏寒等本虚标实之证。

现代认为，支气管炎主要是由于病毒和细菌的感染，物理化学因素刺激或过敏反应所引起。

临床表现

急性支气管炎起病较急，一般有上呼吸道感染症状，如发热、恶寒、身痛等，咳嗽为其主要症状。开始为喉痒干咳，胸骨后闷痛，1～2天后咳出少量粘痰或为薄痰液，以后咳出脓痰，偶可伴有血丝。发热常在3～5天后消退。咳嗽可延长到1周以上，但很少超过1个月。早期肺部检查多无阳性体征，可有呼吸音粗糙，偶可听到干、湿性罗音及哮鸣者。

慢性支气管炎多缓慢发病，病程较长，反复急性发作而加重。临床以反复发作的咳嗽、咯痰或伴有喘息为主要表现。轻者仅在晨起和晚睡时较为明显，咯痰多为白色粘液性或稀薄泡沫状。多数患者寒冷季节症状较明显，天暖则症状减轻或消失。病情发展，可终年咳嗽，咳痰不停，冬秋加剧。每因受凉、感冒等而引起急性发作时，可出现脓性黄痰或带少许血丝。本病早期可无明显体征，少数在肺底可闻及湿性或干性罗音，咳嗽或咯痰后消失，急性发作期可明显加重。喘息型支气管炎，可听到哮鸣音；长期反复发作病例，可有肺气肿体征。

慢性支气管炎，可分为单纯型和喘息型两型。单纯型，主要表现为咳嗽、咳痰；喘息型，除咳、痰外，尚有喘息症状，并伴有哮鸣音。慢支又可分为如下三期：①急性发作期：指在1周内出现脓性或粘液脓性痰，痰量明显增多，或伴有发热等炎症表现，或咳、痰、喘任何一项明显加剧。②慢性迁延期：指有不同程度的咳、痰、喘症状，持续

1 个月以上者。③临床缓解期：经治疗或自然缓解，症状基本消失或偶有轻微咳嗽和少量痰液，保持 2 个月以上者。

辨证施治

本病辨证，当首分外感与内伤，外感者，多是新病，常在受凉之后，突然发生，见于急性支气管炎或慢支急性发作期，内伤者，多是宿疾，起病缓慢，病史较长，伴有其他脏腑病症，见于慢性支气管炎。

1.外感（急性支气管炎或慢支急性发作期）：

（1）风寒证：

主证：证见喉痒、咳嗽有力，痰液稀白，咯吐不畅，伴有恶寒，发热、无汗，头痛，肢体酸楚，鼻塞流涕，舌苔薄白，脉浮紧。

治则：疏风散寒，宣肺化痰。

处方：列缺（－）　合谷（－）　肺俞（－）　外关（－）

酌情选配风池（－）、上星（－）、昆仑（－）、温溜（－）。

穴方简释：肺主皮毛，司一身之表，故宜浅刺。手阳明与手太阴相为表里，取手太阴之络穴列缺，手阳明之原穴合谷，更加肺俞，以加强宣肺解表的作用，使肺气宣通，清肃有权，邪无所依。配外关，以助合谷发汗解表。四穴同用，可达疏风散寒，宁肺镇咳之效。

操作方法：毫针浅刺，每日 1 次。

疗程：10次为一疗程。

（2）风热证：

主证：证见咳嗽气粗，痰黄质粘，咯吐不爽，咽痛口干，身热恶风，头痛，汗出不畅，舌苔薄白，脉浮数。

治则：疏风清热，肃肺化痰。

处方：尺泽（－）　肺俞（－）　曲池（－）（双）　大椎（－）

酌情选配以少商点刺放血；或选配合谷（－）、陷谷（－）、复溜（－）（双）。

穴方简释：《难经·六十九难》："实则泻其子"。故肺经有热，当泻手太阴经之合水穴尺泽，配肺俞以泻肺化痰。督脉为阳脉之海，总督一身之阳，大椎为督脉诸阳经之会穴，可通阳解表而散热邪，配手阳明之合土曲池穴以疏风清热。上穴共同作用，使风热外解，痰火得降，则肺气平顺而咳嗽可止。

操作方法：毫针疾刺，用泻法，留针时间宜短，并可放血。

疗程：每日 1 次，10次为一疗程。

（3）燥热证：

主证：证见干咳无痰，或痰少胶粘，难以咯出，鼻燥咽干，舌质红、少津，脉细数。

治则：清肺，润燥，止咳。

处方：风门（－）　肺俞（－）　太渊（－）　复溜（＋）

酌情选配尺泽（－）、曲池（－）。

穴方简释：风门、肺俞，疏风肃肺以止咳；取肺经原穴太渊调理肺气；补肾经金穴复溜，使津液上济以润燥。

操作方法：进针得气后，用泻法，留针宜短。复溜用补法。

疗程：每日 1 次，10次一疗程。

2.内伤（慢性支气管炎）：

(1) 痰湿证：

主证：证见咳嗽晨起较重，咳声重浊，痰多粘稠，色稀白或灰暗，胸脘痞闷，食少倦怠，舌苔白腻，脉濡或滑。

治则：健脾化湿，调补肺气。

处方：肺俞(±)　脾俞(±)　太渊(±)　太白(±)　丰隆(－)　合谷(－)（双）

酌情选配定喘(－)、内关(－)、足三里(－)。

穴方简释：脾为生痰之源，肺为贮痰之器。原穴为本脏原气所经过和留止的部位，背俞穴亦本脏之气所注，故取肺原太渊、脾原太白，配肺俞、脾俞以健脾化湿，补益肺气，乃标本同治之意，又取足阳明络穴丰隆和手阳明原穴合谷，以和胃化浊，使气行津布而痰湿自化，肺脏则安。六穴同用，共奏健脾益肺、化痰止咳之效。

操作方法：进针得气后，用平补平泻法和提插泻法，或背部俞穴加灸。

疗程：每日 1 次，10次为一疗程。

(2) 肝火证：

主证：证见气逆咳嗽阵作，咳引胸肋作痛，痰少质粘，面赤咽干，口苦，舌尖偏红，舌苔薄白、少津，脉弦数。

治则：平肝降火，清肺化痰。

处方：肺俞(±)　肝俞(－)　经渠(±)　太冲(－)（双）

酌情选配列缺(－)、阳陵泉(－)。

穴方简释：针泻足厥阴肝之原穴太冲和背俞穴肝俞，以平肝降火；取肺经经穴经渠和背俞穴肺俞，以清利肺气、化痰止咳。舌火不生痰，无痰不作咳，痰火既清，则咳嗽可平。

操作方法：肝俞、太冲，毫针刺用泻法；肺俞、经渠，用平补平泻法，不灸。

疗程：每日 1 次，10次为一疗程。

(3) 肾虚证：

主证：证见咳嗽，痰多色白清稀，尿频或不禁，气喘动则更甚，腰酸腿软，舌苔白、滑润，脉沉细无力。

治则：调补肺肾。

处方：肾俞(＋)　太溪(＋)　太渊(＋)　关元(＋)　定喘(＋)（双）

酌情选配天突(＋)、三阴交(＋)（双）。

穴方简释：方以培本为主。肺原太渊、肾原太溪，二穴合取补肺肾真元之气；配肾俞、关元，更培本、益肾、纳气。定喘为新穴，有肃肺平喘功效。

操作方法：进针得气后用补法，定喘、肾俞、关元均可灸。

疗程：每日 1 次，10次为一疗程。

其他疗法

1.梅花针：治疗部位为后颈、胸背、腰部、气管两侧。重点刺颈椎 5 ～ 7 两侧，气

管两侧。中等度刺激，1～2次/日。用于急性支气管炎或小儿患者。

2.穴位敷贴：取肺俞、天突、定喘、膻中；用中药麻黄15克、杏仁9克、川乌9克、细辛9克、附子9克、川椒9克、白芥子9克、章丹120克、香油500克、樟脑9克，除章丹、樟脑外，其余浸入香油内用火熬沸成炭，去渣，入章丹变色滴水成珠为度，后加入樟脑，搅匀，摊制成膏药。针后将膏药贴于穴上，每3日1次，10次为一疗程。

3.耳针：取肺、气管、肝、神门，双侧针刺，中等度刺激，留针10～20分钟，隔日1次，10次为一疗程。并可用王不留行压贴耳穴。用于慢支。

4.水针：常用颈7-胸6夹脊穴。①维生素B_1，每次取穴一对，每次注射0.5毫升，由上向下，逐日更换。每日或隔日注射1次，20次为一疗程。②当归液，基本方法同前，每日注射药物0.5～1毫升。多用于慢支。

5.灸法：①麦粒灸，常用大椎、肺俞（或风门）、膏肓俞。3～5天治疗一次，5次为一疗程。②隔姜灸，取大椎、定喘、风门、肺俞、厥阴俞、心俞等，每穴灸3壮，每周灸3次，冬病夏治，在夏季"三伏天"共灸12次。用于慢支。

6.拔罐：取大椎、风门、肺俞、膏肓俞、曲垣，3～4天一次（或根据皮肤反应而定），5次为一疗程。用于慢支。

文献选录

"肺手太阴之脉，……是动则病，肺胀满膨膨而喘咳，……是主肺所生病者，咳上气，喘喝……。"（《灵枢·经脉》篇）

"肺为脏腑之华盖，呼之则虚，吸之则满，只受得本然之正气，受不得外来之客气，客气干之则呛而咳矣；亦只受得脏腑之清气，受不得脏腑之病气，病气干之亦呛而咳矣。""然肺为气之主，诸气上逆于肺则呛而咳，是咳嗽不止于肺，而亦不离乎肺也。"（《医学三字经·咳嗽》）

"久咳不愈，肺俞、足三里、膻中、乳根、风门、缺盆"。（《针灸大成》）

"咳嗽列缺与经渠，须用百壮灸肺俞，尺泽鱼际少泽穴，前谷解溪昆仑限，膻中七壮不可少，再兼三里实相宜"。（《针灸聚英》）

经验选辑

急性支气管炎，针大椎、陶道、风门、定喘、合谷，用泻法，以清热化痰。慢性支气管炎，针百劳、身柱、喘息、肺俞、神封、膻中、列缺、太渊，用补法或加灸，以理气化痰。胸闷气短，配中脘、气海、内关、膏肓俞，用平补平泻法，以宽胸理气；痰多配丰隆，用平补平泻法，以祛痰降逆，用此法治疗支气管炎，有效率为90%，治愈率为40%，且对于急性支气管炎疗效佳，老年慢支疗效差。（郑魁山：《针灸集锦》1978年）

评述

支气管炎是呼吸系统最为常见的疾病。对急性支气管炎的病因、病理、诊断治疗，目前已有了比较明确的认识。对于慢支则尚未彻底清楚。因此，多年来国内外学者针对慢支的病因、病理、免疫、诊断、分型和防治等，进行了广泛的研究，研究中总结出了

多种治疗慢支的方法（包括中医、西医），其中以针灸疗效为最好。据国内不完全统计，自1971年以来，针灸治疗慢支患者184000余例，有效率达70～97%，部分患者得到了临床控制和治愈，多数患者临床症状和体征有一定程度的改善，获得了较为满意的效果。对急性者，针效明显优于慢性患者。因慢性容易复发，必须坚持长期治疗方能除根，因此必须采取综合治疗的方法，其中以针灸拔罐、外贴膏药相结合的方法为常用。然综合疗法目前还处于摸索探讨之中，尚未有一个通行有效的方法，因此对本病的治疗还须作进一步的研究。

由于本病的治疗尚存在一定问题，所以“未病先防”就显得极为重要。支气管炎多发生或加重于冬季及气候多变的季节，年老体弱者病情较重，故应积极而经常地参加体育和耐寒锻炼，以增强体质，增加抗病能力。气候多变时，应注意保暖，避免受凉和过度劳累，预防感冒和流感，以减少本病的发生。清除外因性刺激物，如戒除吸烟等习惯，减少空气中的灰尘及有害气体，对于预防本病也有积极的意义。

邵经明　杨永清

二　支气管哮喘

支气管哮喘是一种常见的变态反应性疾病，常见气管及支气管对各种刺激物的易感性增高，引起支气管平滑肌痉挛、粘膜肿胀、分泌增加，从而导致支气管腔狭窄而发病。临床表现，以反复发作带有哮鸣音的呼气性呼吸困难为主，其持续时间有时很短，严重时可延续数周，或呈反复发作的慢性经过。其发病原因，尚未完全明了，一般认为过敏和植物神经功能紊乱是发病中的主要因素。发作常有季节性，春秋季较高，寒冷地区比温暖地区高。可发生于任何年龄，但半数以上在12岁前起病，另1/3病人在30岁以前起病。男孩患者多于女孩，约为2～3：1；成人男女发病率大致相等。约有20%的病人有家族史。

中医将本病多称为喘息、哮喘等。

病因病机

哮喘的病因病机，《医学正传·哮喘》指出：“内有壅盛之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，三者相合，闭拒气道，搏击有声，发为哮病。”论述了哮喘发生的三大因素。

哮，主要以痰为内因。凡感受风寒、饮食失节、劳累过度、恼怒气逆，皆可触动伏痰，使痰随气升，气痰互结，则肺气升降不利，而致呼吸困难，气息喘促，搏击有声，哮喘发作。由此可见宿痰内伏是哮喘发作的主要原因。至于痰的形成，从其性质上来说，则有寒、热之分。寒者，多由外感风寒，失于表散，寒入于肺，气阻痰生，或素体阳虚，饮食生冷、寒湿内停，气不化津、痰浊凝聚，内伏于肺，遇劳遇寒即发；热者，则由饮食肥甘，辛辣太过，蕴热于内，灼津成痰，肺失清肃，一遇风寒外束，痰火壅结而哮喘随作。

喘，有虚实之分。实，指邪气实，虚，指正气虚。实喘，多由外感风寒，肺先受邪，

风寒客肺，影响宣通，津液凝聚，化生痰饮，阻塞气道；或素体痰湿偏盛，久蕴化热，痰火侵扰，肺失宣降而发病为实喘。虚喘，多由素体虚弱，或久病致肺气失其所主，或病久影响及脾肾，致脾失健运，痰浊内生，上注于肺，堵塞气道和肾失其摄纳，气逆于上，形成上实下虚，均可导致虚喘的发生。

根据肺为气之主，肾为气之根的理论，所以哮喘的病理则与肺、脾、肾三脏有关。据临床观察，哮喘病程短者多在于肺，而不一定涉及到脾肾，如反复发作，病程长者则可影响到脾肾。但仍与肺有关。这是我们临床观察和前人认识“喘主于肺”的理论依据。

临床表现

1.过敏型支气管哮喘：多有明显过敏原（花粉、屋尘、螨、真菌孢子、工业粉尘、动物毛屑、鱼、虾、油漆等）接触史，或与季节变化有关。发病前，常有鼻咽痒、眼痒、喷嚏、流涕和咳嗽等粘膜过敏表现。起病迅速，出现胸部紧迫感，吸气性呼吸困难、干咳，严重者可有紫绀。发作可迅速停止，不久又回复到发病前状态。

2.感染型支气管哮喘：常继发于呼吸道感染（病毒或细菌感染），先有支气管炎、咳嗽吐痰史，随症状增加或持续不好转，逐渐出现哮喘，一般来势较缓，持续时间较长，症状较重，并有呼吸道感染的症状和体征是其特点。

3.混合型支气管哮喘：过敏和感染同时存在，症状表现复杂，可并发阻塞性肺气肿，病史多较长，发作经常而无明显缓解季节。

4.哮喘持续状态：哮喘严重，发作持续在24小时以上者，称“哮喘持续状态”。患者呼吸困难严重，吸气较浅，呼气长而费力，张口呼吸，发绀，大汗淋漓，面色苍白，四肢冷，脉搏快，严重时可有呼吸功能衰竭。听诊可闻及明显哮鸣音。

辨证施治

根据本病表、里、寒、热、虚、实的不同；喘主于肺，系于脾肾之病机，进行辨证：

1.风寒伏饮证：证见喘兼恶寒，肢体疼痛，或有微热，胸满呕逆，吐痰清稀，甚而喉中如水鸡之声。舌苔薄白滑润，脉多浮紧。

2.寒束痰火证：证见恶寒发热，头身疼痛，阵咳面赤，痰黄稠粘，吐之不利，口干作渴，咳喘气粗，甚至鼻翼扇动，有汗或无汗，舌苔白燥或厚黄，脉多浮洪或滑数。

3.脾湿痰阻证：证见呼吸不利，痰鸣气喘，不能平卧，多伴苔，食欲不振，舌苔薄白或厚腻，脉多沉缓无力。

4.肾虚失纳证：多见于反复发作，久病体弱，或年老患者。但肾虚则有阴虚和阳虚的不同，阴虚则舌质红、无苔，脉多细数；阳虚则舌薄白，脉沉迟无力。

以上是根据八纲辨证和临床观察而提出的，在临床实践中，还必须依据患者的病程长短、年龄大小、体质强弱，和时令季节的气候变化，以及当时病情轻重的具体情况进行辨证，才能更好地掌握其发病规律。

治则：宣肺理气，健脾化痰，益肾纳气。

处方：肺俞（±） 大椎（±） 风门（±）

外感，配合谷；咳嗽，配尺泽、太渊；痰多，配中脘、足三里；痰壅气逆，配天突、膻中；肾虚，配肾俞、关元、太溪。

操作方法：肺俞、风门，直刺5～8分，大椎，直刺1～1.3寸。在针刺得气后，施以提插捻转，平补平泻手法，留针20分钟左右，可行针2～3次。虚寒者，配以艾条温和灸；虚热或合并感染肺有热者，可针后拔火罐于大椎与肺俞之间，留罐一般10分钟，也可根据患者耐受能力，灵活掌握。发作期每日针灸1次，喘平后，听诊哮鸣音消失，可改为隔日针灸1次，10次为一疗程。中间休息5～7天，继续针灸1～2个疗程。为了巩固疗效，防止哮喘的反复发作，次年夏季，不论发作与否，可再进行1～2个疗程。

穴方简释：肺俞是肺脏精气输注之处，可统治呼吸道内伤外感诸疾；大椎是督脉与诸阳经之会穴，既可治感冒、疟疾和其他热性病，又是宣肺、平喘之要穴；风门属膀胱经穴，则有祛风寒平喘逆之功效。三穴同用，发作期可以平喘，缓解期则有巩固疗效之作用。

配穴是临床辨证的具体体现。外感风寒配合谷，则可祛散在表之邪；咳嗽无论虚实，配尺泽、太渊，具有理肺止咳之作用；咳痰过多配中脘、足三里，能和中健脾以运化痰湿；痰壅气逆配天突、膻中，可理气消痰而逆气自降；肾虚不能纳气，动则喘甚配肾俞、关元、太溪，益肾气、固下元而有纳气之效。

其他疗法

1.耳针：常用于发作期。取肺、肾、肾上腺、交感、定喘。每次选用2～3穴，或先用探穴器探测压痛点，针刺留针30分钟～1小时。

2.皮肤针：常用于发作期。叩刺项部和上背部皮肤，重点是两条膀胱经之间的区域。叩刺适应者能感到局部皮肤发热，呼吸可有不同程度的通畅感。

3.水针：常用于缓解期。取颈7～胸6夹脊穴。①胎盘组织液，每次取穴一对，每穴注射0.5～1毫升，由上而下，逐日更换。如第1次注射颈7夹脊穴，第2次注射胸1夹脊穴，以后依次类推，每日或隔日注射1次，20次为一疗程。②维生素B_1，用法基本同上，每次注射0.5毫升。③维生素B_{12}，用法同维生素B_1。

4.灸法：常用于缓解期，习惯上在伏天用此法治疗。取大椎、风门、肺俞、膻中。用麦粒灸，每次每穴3～5壮，10天灸1次，3次为一疗程。

5.穴位埋线法：用“0”号羊肠线，在上背部第7颈椎棘突至第7胸椎棘突间，背正中线旁开约1寸处，定出等距离8个点为埋线穴位。操作时，用缝皮针，由上到下（或由下到上），如由第1点进针，到第2点出针，将羊肠线埋于穴位内。再由第3点进针，到第4点出针，依次类推。

6.割治：取定喘、膻中，常规消毒后局麻，用小尖头手术刀割开长0.5～1厘米、深0.4～0.5厘米的切口。挑去皮下少量脂肪组织，并用止血钳略加按摩刺激，然后压迫止血，一般不缝合，涂上龙胆紫或红汞，将切口创面对齐挤合，切口上盖一块小纱布，用蝶形胶布封固即可。约1星期痊愈。如有效可重复1～2次，第2次再割时，可

在第1次割治的穴位旁0.5厘米处切口。

7.敷贴：取大椎、肺俞、膏肓、璇玑、膻中，用白芥子30克、甘遂15克、细辛15克，共为细末，放在瓶中密封。使用时以生姜汁调成糊状，选1～3个穴位，涂药面积似蚕豆大，持续30分钟～1小时后，擦掉药物，涂药时局部有热、麻、痛等感觉，局部皮肤发红，有时能起泡。起泡者将泡挑破，涂上龙胆紫以免感染。此疗法常在夏季初伏、中伏各进行1次。此法适用于儿童，成年人亦可应用。

文献摘录

《资生经》："凡有喘与哮者，为按肺俞，无不酸痛，皆为缪刺肺俞，令灸而愈。"

《类经图翼·针灸要览》：〔哮喘〕五哮中，唯水哮、乳哮、酒哮为难治。璇玑、华盖、俞府、膻中、肩井冷风哮妙、有孕勿灸。肩中俞风哮妙。太渊、足三里。

《针灸聚英·杂病歌》：哮，医者若欲灸人哮，天突尾穷骨尖高。又法背上有一穴，量穴须用线一条，环颈垂下至鸠尾，尖上截断牵脊背，线头尽处是穴端，灸至七壮真为贵。

经验选辑

治疗方法：哮喘不论发作期，或缓解期，均以大椎、风门、肺俞三穴为主。在针刺后，即用较大火罐（或广口罐头瓶）拔于大椎与肺俞之间。如患者过于消瘦，脊柱凸起，火罐不易拔住时，可改用较小火罐拔于双侧肺俞穴。既能宣肺化痰平喘，又可预防哮喘反复发作。发作期每日针刺拔火罐1次，喘平哮鸣音亦消失，可改为隔日1次。以15次为一疗程。

近期疗效：180例哮喘病人中，经针刺拔火罐10次左右，哮喘停止，症状消失，且能参加劳动，在3个月遇劳累、感冒，哮喘不再发作者为显效，计89例，占49.4%。经治疗哮喘没有完全停止，但喘势减轻，发作次数减少，时有小发作者为好转，计85例，占47.2%。治疗后病情无明显改善者为无效，计6例，占3.4%。总有效率为96.6%。（邵经明：《赤脚医生杂志》(5):36，1973年）

评述

中医学文献，虽没有支气管哮喘这一病名的记载，但对其证候、病因病机，从古典医籍到历代医家著作，都有较详细的论述。历代医家在针灸治疗哮喘方面，确实积累了许多宝贵经验。我们多年临床也获得了一些较好效果。

我们在多年的临床实践中，用穴上不断筛选，方法上也不断改进。近年以肺俞、大椎、风门三穴为主，结合患者的不同临床表现，选配与肺、脾、肾三经有关的相应腧穴，而对虚寒者针灸并用或多灸，虚热或合并感染热盛者，针后拔火罐治疗效果可以不断得到提高，并采用电子胸描仪测定观察，针灸治疗前后肺功能的改善，也有较显著的差异。

支气管哮喘是多种因素所致的一种发作性疾患，必须让患者注意影响其发作的一切因素。如对一些食物和其它一切气味敏感者，都必须加以禁忌，有利于治疗效果。

对支气管哮喘的治疗，虽以针灸为主，但对年老体弱，或久病有严重合并肺气肿和肺源性心脏病患者，针灸疗效不佳时，应采取综合性治疗措施。如出现缺氧现象，应给氧以缓解其危重证候。

邵经明

三　大叶性肺炎

大叶性肺炎是由肺炎双球菌等细菌感染引起的，呈大叶分布的肺部急性炎症。病理上呈肺叶或节段性突变，少数患者由于抵抗力低，细菌毒力强或治疗不及时，病变可达数叶，病情严重甚至引起菌血证。本病发病急，主要表现为寒战、高热、胸痛、咳嗽、咯铁锈色痰等。四季皆可发病，而多发生于冬春两季，常见原先健康的人突然发病，以青壮年12～40岁为最多（占60％），男女发病之比为2：1～4:1。近年来，由于抗菌药的广泛应用，病程缩短，临床上以轻型或不典型的为常见。

中医学对肺炎这一病证，很早就有一定的认识。如《素问·刺热篇》："肺热病者，先淅然厥，起毫毛，恶风寒，舌上黄，身热。热争则喘咳，痛走胸膺背，不得太息，头痛不堪，汗出而寒。"《温热经纬·外感温病篇》说："风温为病，春月与冬月居多，或恶风，或不恶风，必身热咳嗽烦渴。"《麻科活人全书·咳嗽》一书中还有"如肺炎喘嗽，以加味泻白散去人参，甘草主之"的记载。因此，根据临床表现，本病与中医的肺热病、风温、喘咳颇为相似。

病因病机

本病常因寒温失常，劳倦或醉后当风等，导致人体正气不足，肺卫不固，复感风热之邪或素体阳盛，风寒之邪入里化热而发病，即温病学所说的"温邪上受，首先犯肺。"初起邪犯肺卫，卫气被郁，肺失宣降，则出现恶寒、发热、咳嗽等证；当外邪传里，邪热壅肺，炼液为痰，痰热阻肺，肺气不利则见咳嗽黄痰、气促，甚则鼻扇；肺主气，气行则血行，气滞则血瘀，故重者可见唇甲青紫；肺络受伤，则咳铁锈色痰或痰中带血。邪正交争，正能胜邪，热势鸱张，则易发生严重证候；如邪盛正衰，则可见汗出肢冷，脉微欲绝等阳气欲脱的危急证候。

现代医学认为，大叶性肺炎主要由肺炎双球菌感染引起。

临床表现

发病急骤，约半数病例有上呼吸道感染史，多数患者，在健康情况下突然发病，但常有受寒、淋雨史。起病时突然寒战，随即发热，数小时内可达39～40℃，一般呈稽留热。呼吸增速与发热高度不成比例，脉速而充实，年老体弱者，发热可不高或无发热。早期常见患侧胸痛，累及胸膜时为尖锐刺痛，咳嗽和深呼吸时疼痛加剧，因此迫使患者采取患侧卧位，呼吸困难，常呈浅速。有时疼痛可放射到同侧下胸部、腹部或肩胛部。咳嗽频繁，初为刺激性、痰少质粘，渐呈粘液脓性，可混有不等量血液或铁锈色痰，消散期痰量增多、淡黄色而稀薄。部分患者可伴有明显的消化道症状，如恶心、

呕吐、腹胀、腹泻、黄疸等。严重者，可见神志模糊、烦躁不安、嗜睡、谵妄、昏迷等神经系统症状。早期胸部检查，仅有一侧呼吸运动减弱，呼吸音减低和少许湿性罗音。X线检查，仅有肺纹理增粗或局限于某一肺段的淡薄、均匀阴影。大片实变时才有典型实变体征。血象明显增高，并有核左移现象或胞浆内毒性颗粒。本病可分为早期、实变期和消散期。一般在发病5～10天后体温可骤降或逐渐下降。经有效药物治疗，体温可在24小时至2～3天内恢复正常。实变体征消失，细湿罗音可保持一周余才消失。

辨证施治

本病初起发病急骤，恶寒发热、咳嗽、吐痰等，可按外感热病辨证论治。正胜邪却，痰热消退之后，常表现气阴受伤的证候。如邪盛正衰，则可出现阳气欲脱的危急证候。因此，本病可据邪正盛衰首辨虚实。本病病位在肺，性质主要属于痰热，故清热解毒、宣肺化痰是治疗本病的基本治则。

1.实证：

(1) 风燥伤肺证：

主证：证见咳嗽、胸痛、恶寒发热，痰粘稠不易咳出，鼻燥咽干，舌尖红，脉细数。

治则：清肺润燥。

处方：太渊(－)　列缺(－)　肺俞(－)　风门(－)　复溜(＋)(双)

操作方法：进针得气后用泻法，捻转10分钟，不留针，复溜用补法。

穴方简释：风门，祛风宣肺，泻太渊、列缺，以肃肺气；肺俞，调理肺气；复溜，生津液、润肺止咳。

疗程：每日1次，每15～20次为一疗程。

(2) 痰热壅肺证：

主证：证见高热、咳嗽、胸痛，吐铁锈样痰、带腥臭味，咳喘抬肩、面赤，大便燥结，小便短赤，舌苔黄糙，脉弦数。

治则：清热宣肺，化痰止咳。

处方：少商(－)　丰隆(－)　列缺(－)　曲池(－)　中脘(－)

酌情选配大椎(－)、合谷(－)、尺泽(－)、大陵(－)、膈俞(－)、内关(－)。

操作方法：毫针刺用泻法，少商穴用三棱针放血。

穴方简释：少商、列缺，清肺降火；中脘，为胃之募穴，清腑热而化痰；丰隆，顺气化痰；曲池，泻大肠实热而降肺气。五穴同取，发挥清肺泻热、宣降肺气的作用。

疗程：每日1次，每15～20次为一疗程。

2.虚证：

(1) 气阴两虚证：

主证：证见咳嗽、自汗出、手足心发热、纳呆，神疲乏力，舌红苔薄，脉细数。若痰热不清，可有低热，多见于本病的后期。

治则：益气养阴，润肺化痰。

处方：肺俞(＋)　膏肓俞(＋)　三阴交(＋)　肾俞(＋)　太溪(＋)　太渊(＋)　阴

陵泉(+)

酌情选配中脘(+)、足三里(+)、大椎(+)、间使(+)(双)。

穴方简释：取肺之原穴及俞穴太渊、肺俞，配膏肓俞以补益肺气。三阴交，为足三阴经之交会穴，阴陵泉为脾经合穴，二者同为脾经腧穴，以求虚则补其母之意，并能调补肝脾肾三阴脏以生津润肺。取太溪、肾俞，以补肾水、润肺金，乃金水相生之意。诸穴合用，共能益肺气、生津、化痰、止咳。

操作方法：进针得气后，用补法。留针20～30分钟。

疗程：每日1次，每10～20次为一疗程。

(2) 阳气衰微证：

主证：证见面色苍白，大汗淋漓，四肢厥逆，脉微细欲绝。为本病晚期危象。

治则：回阳益气固脱。

处方：合谷(+)　百会(+)　气海(+)　关元(+)　神阙(+)　足三里(+)　内关(+)(双)

穴方简释：急补上述诸穴，意在回阳固脱。

操作方法：合谷、足三里、内关用提插捻转补法，气海、关元、神阙、百会用捻转结合呼吸补法，针后加艾灸。

其他疗法

1.耳针：取肺、胸、肾上腺、内分泌，配皮质下。高热，耳背第1条静脉放血。

2.三棱针：取大椎、十宣、尺泽、委中及井穴放血。

3.水针：

(1)大椎、曲池，用青霉素和链霉素小剂量(青霉素每穴不超过5万单位，链霉素每穴不超过0.15克)，每日1次。

(2)中府，取5%当归液，每次每侧穴内注0.5～1毫升，每日1～2次。

(3)肺俞(患侧)、孔最，用青霉素20～40万单位，注入穴位,每日或隔日1次。

4.拔罐：取风门、肺俞、膏肓俞，或在肺部有湿性罗音处拔罐，每日或隔日1次。

文献选录

肺痈咳嗽：肺俞、膻中、支沟、大陵。(《针灸大成》)

经验选要

田从豁《针灸医学验集》转载针灸治疗大叶性肺炎的病人二例，一为12岁女性，一为60岁男性，皆为右侧大叶性肺炎。针刺取穴：大椎、巨骨、曲池、内关、中脘、足三里、三阴交、云门、俞府，用泻法，留针30分钟，经3次针刺治疗，皆获痊愈。

评述

本病预后一般良好，但若年老，原患有慢性肺、心、肝、肾病者，或机体反应差，

病变范围广泛呈多叶性，或并发末梢循环衰竭，则预后较差。本病若发现较早、症状典型，单用针灸可以完全治愈。但临床上常针灸合并西医疗法，以期收效迅速。若合并休克、病情危重者，常采用中药、西药、针灸并用的综合疗法，以免单独用某法而延误病情。由于本病的发生与否主要取决于机体抗病能力，所以预防本病着重于增强体质，防止受凉和饮酒过度，及时治疗上呼吸道感染。

邵经明　杨永清

四　支气管扩张

支气管扩张是常见的慢性支气管化脓性疾病，多数继发于呼吸道感染和支气管阻塞，由于支气管管壁损坏而形成管腔扩张。支气管的感染与阻塞为本病发生的基本因素，两者互相助长影响，促使本病的发生与发展。临床主要表现为慢性咳嗽，大量脓痰及反复咯血。多起病于儿童及青年，男性多于女性，先天发育缺陷及遗传因素引起的支气管扩张较少见。

本病属于中医咳嗽、肺痈、虚劳等病的范畴。

病因病机

本病属慢性虚劳性疾病，多继发于支气管炎、肺结核、肺气肿等肺部疾病。因此，其发生于机体内在因素有密切关系。由于肺为娇脏，不耐寒热，久病伤肺，损伤正气。肺气不足，水津不布，痰湿内蕴。正气不足，易受外邪；外邪挟痰，损伤肺络，气血受伤，阴精内损。因此，出现久咳、久痰、反复咯血之象。若外邪内痰，氤氲化热，则又可见一时之邪热壅肺之症。

现代医学认为，本病常因急性传染病（如麻疹、百日咳、流感）并发支气管炎处理不当，以及肺结核、肺脓肿和肿瘤所引起。

临床表现

本病呈慢性经过，病情轻重与继发感染的程度有关。典型症状为慢性咳嗽和大量脓性痰，间断咯血，反复肺部感染。咳嗽、吐痰多为阵发性，每天早起及晚上卧下时较重，常与体位改变有关。每日痰量可达数百毫升，呈粘液性、黄色或黄绿色。多数患者有不同程度的反复咯血，通常为痰带血丝、血痰或小量咯血，亦有大量咯血。并发肺部感染可见高热、咳嗽加剧、痰量增多、胸痛等，且以同一肺段反复感染为特征。本病早期可无异常体征，病变严重或继发感染时，常在病变部位，特别是下胸部及背部听到持续存在的局限性湿罗音。X线胸部检查，两下肺纹理增粗紊乱或多个环状透亮阴影。支气管造影检查，可以明确诊断，确定病变的部位及范围。

辨证施治

本病咳嗽日久，反复咯血，本属内伤虚损，肺寒不宣，又有痰火蕴扰，邪热壅肺之标，实乃虚中挟实之证。治疗当据临床症状予以辨证，急则治其标，着重清肺化痰；缓

则治其本，法当温肺化痰。

1.邪热壅肺证：

主证：证见咳嗽或喘息，痰黄粘稠或咳吐脓血，气味腥臭，时有恶寒发热，舌苔黄腻，脉数。

治则：清热化痰，止咳平喘。

处方：天突(－)　列缺(－)　肺俞(－)　尺泽(－)　曲池(－)(双)

酌情选配足三里(－)、膈俞(－)、大椎(－)、外关(－)(双)。

穴方简释：肺俞配肺经络穴，以宣通肺气；天突，利咽喉而调肺系，尺泽，泻肺热，配手阳明合穴曲池，泻大肠以加强清泻肺热的作用。

操作方法：进针得气后，用泻法。留针5～10分钟。

疗程：每日1次，每20次为一疗程。

2.肺寒不宣证：

主证：证见咳嗽，痰多稀白，恶寒怕冷；重则咳喘胸闷，呼吸急促，或者咳嗽日久，反复发作，尤其早晨起床或体位改变时，咳大量白粘痰，舌苔白，脉紧。

治则：宣肺、顺气、化痰。

处方：肺俞(△)　膻中(△)　膏肓俞(△)(双)　天突(－)(双)　中脘(＋)

酌情选配足三里(＋)、内关(＋)(双)。

穴方简释：肺俞，疏泻肺气；天突，顺气化痰；膻中、中脘，顺气和胃、化痰降浊；膏肓俞，有温肺的作用。五穴共奏温肺化痰之功。

操作方法：天突、中脘进针得气后用泻法，其他三穴用灸法。

疗程：每日1次，每20次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取支气管、支气管扩张点、平喘、心、胸、肺。

2.水针：取耳穴膈、肾上腺、肺。以维生素K_3注射，每穴0.1毫升，每日1次，用于反复咯血者。

3.敷贴：第1组为肺俞、天突、膺窗、膻中、足三里、丰隆、尺泽；第2组为肺俞、心俞、膻中、华盖。用消喘膏（白芥子21克，元胡21克，细辛15克，甘遂12克，共研末，用姜汁调成糊状）于背俞穴敷之。

文献选录

“咳嗽……唾血内损：鱼际（泻）、尺泽（补）、间使、神门、太渊、劳宫、曲泉、太溪、然谷、太冲、肺俞（百壮）、肝俞（3壮）、脾俞（2壮）……呕脓：膻中，唾浊：尺泽、间使、列缺、少商。”（《针灸大成·痰喘咳嗽门》）

“久嗽宜灸膏肓，次灸肺俞。”（《针灸资生经》）

经验选要

向众苏等用针灸治疗支气管扩张30例，男19例，女11例，年龄在20～40岁之间，总

有效率达87%。根据症状，认为本病与肺、脾、肾关系最为密切，选穴以大椎、尺泽、丰隆为主，以足三里、列缺、肺俞、肾俞为辅。针刺一般用平补平泻手法，得气后留针10～20分钟。如为咯血期，使用泻法，留针30分钟。隔日治疗1次，10次为一疗程。每一疗程结束后，间歇1～2周，再进行第2疗程，当病情比较稳定后，治疗次数的间歇可酌预延长。（上海中医医药杂志，(2):29,1962年）

评述

随着有效抗菌药物的广泛应用和对有适应症的患者早期手术治疗，本病预后多较良好。如无继发性的肺传染病，一般可带病延年，西医外科手术切除病牡，可根治本病。针灸治疗，只为一种辅助疗法，以排除潴留的分泌物，抑制分泌，防止腐败分解，增强机体抗病、抗感染能力为目的。由于本病呈慢性反复发作过程，根治较难，故预防本病的发生及控制发作更为重要。首先应积极防治急慢性呼吸道感染，已患支气管扩张者，应积极锻炼身体，增强机体抗病能力，注意引流排脓，保持呼吸道通畅以减少继发感染，防止病情发展。

邵经明　杨永清

五　急性呼吸衰竭

急性呼吸衰竭，是呼吸功能严重障碍，导致缺氧和二氧化碳潴留，引起一系列生理功能和代谢紊乱的危重的临床综合征。

因急性呼吸衰竭，症候比较复杂，中医学将其归属于喘、痉、厥等范畴。

病因病机

中医学认为，本病多为虚实夹杂之证，本虚标实。虚，主要是肺、肾之虚；实，多系瘀血、水湿或热毒，壅滞于肺；厥，则多因风毒寒湿浸入肺，壅滞气道；如邪热炽盛，血热搏结，导致气血运行不利，筋脉受病，又可拘急成痉。

现代医学认为，本病系由多种原因所致，包括溺水、电击、脑外伤、药物中毒以及某些危重的传染病等，抑制呼吸中枢，引起严重缺氧、二氧化碳潴留和呼吸性中毒。

临床表现

急性呼吸衰竭症候复杂，表现为呼吸困难，紫绀，精神神经症状（精神错乱、昏迷、抽搐、躁狂等），血液循环系统症状（心律紊乱、血压下降等），消化及泌尿系统症状（消化道出血、蛋白尿、血尿）等。

辨证施治

1.热毒外袭，痰浊壅阻：

主证：喘急胸闷，声高息粗，不得平卧。如属热毒外袭，见高热面赤，烦躁不安，喘促气急，手足瘈疭，脉象洪数，舌质红绛；如属痰浊阻肺，喉间痰鸣，胸中窒闷，口

唇青紫，神情呆滞，舌苔白腻，脉滑数。

治则：宣肺清热，化痰平喘。

处方：膻中(一)　肺俞(一)　天突(一)　内关(一)(双)

热毒，加尺泽(一)；痰浊，加丰隆(一)。

穴方简释：气会膻中，取其顺气降逆，肺俞能宣肃肺气，天突，阴维与任脉之会，是调气平喘之效穴，内关，用其宽胸利气。如属热毒犯肺，加肺经之合穴，能清肺气而泄热毒，痰浊阻肺者，加丰隆以祛化痰浊。

操作方法：均用提插捻转之泻法。天突穴直刺至触及气管外壁后，循外壁向下刺1寸左右，以捻转导气手法先激发出咽部有紧阻样针感，再施泻法。内关，针芒向上，先行提插探寻，待激发出针感向上传导后，行泻法。留针以症情好转为度，留针期间，宜反复间断运针。

2.痰热炽盛，肝风内动：

主证：发热胸闷，口噤龂齿，项背强直，喘息气短，甚至角弓反张，手足拘挛，心悸躁狂，苔黄腻，脉弦数有力。

治则：清热、祛痰、熄风、止痉。

处方：大椎(一)　委中(一)　少商(一)　内关(±)(双)

酌情选配阳陵泉(一)(双)、素髎(±)。

穴方简释：大椎属督脉，又为三阳之会。督脉为病"实则脊强"(《灵枢·经脉》)，故刺此穴，既可止搐镇痉，又能清泄阳热。委中系"血郄"，刺之可清血中之热，又为膀胱经之合穴，故对角弓反张有效。少商，手太阴之井，为古人推崇之治痉要穴之一，《肘后歌》云："刚柔二痉最乖张，口禁眼合面红妆，热血流入心肺腑，须要金针刺少商"。内关，重在开胸平喘宁心。阳陵泉乃筋会，用其缓解筋脉之拘挛。素髎，近人发现，有良好的调节呼吸中枢的作用。

操作方法：大椎宜适当深刺(应避免过深误伤脊髓)，先使针体呈60度角向下，以导气法获得循督脉窜行之针感，施泻法1～2分钟，继而提针至皮下，分别略偏向左和右深刺，复以导气法促使针感向左、右上肢放射，各施泻法1～2分钟，留针期间可反复间断运针。少商、委中，均以三棱针刺血。内关，针法同上。阳陵泉，以大幅度提插泻法，素髎，以小畅度提插捻转，反复运针，频率宜快。

其他疗法

1.电针：主穴分两组，①素髎、肾上腺(耳穴)；②内关、太冲。配穴可选天突、膈神经刺激点(胸锁乳突肌外缘下1/3处)、涌泉、内庭、太渊。主穴每次选一组，外周性呼吸衰竭者太冲穴换为天突穴，呼吸骤停者取膈神经点。针刺得气后，素髎、内关用泻法，肾上腺、太冲(或天突)用补法。其中，膈神经点采用插针向内向下。之后，接通电针仪，断续波，频率和电流强度视病情和个体反应而定，一般先用较弱电流，逐渐增大，呼吸频率常用20～30次/分。如呼吸骤停者则用强刺激，如果发生刺激适应可暂换其他波型，或不断地来回调整电流强度。施电针时，需专人负责，严密观察。多在1～2分钟内见效。也有须经20～30分钟才能使极严重的呼吸节律不整的患者恢

复，此时宜再断续通电20～30分钟加以巩固。对停用电针又出现反复者，可采用断续刺激治疗 2 ～ 3 天。

文献选录

暴喘：天突、华盖、肺俞。（《针灸资生经》）
诸喘气急：天突、璇玑、华盖、膻中、乳根、期门、气海。（《神灸经论》）
寒热痉反折、肾俞、中膂俞、长强、肝俞。（《针灸资生经》）
角弓反张：百会、神门、间使、仆参。（《类经图翼》）
五痉脊强：身柱、大椎、陶道。（《针灸大成》）

经验选要

杨顺益，以电针法抢救呼吸衰竭67例，其方法为选鼻区素髎(－)、耳区肾上腺(＋)、内关(－)、太冲(＋)等，接通电针仪治疗，结果显效55例（即呼吸困难改善，如中枢性者频率、节律或各种异常呼吸改善），有效 5 例（即电针后有一定效果，但后因原发病病情严重，或反复出现呼吸衰竭，或并发他症死亡），无效 7 例。

评述

关于急性呼吸衰竭针灸治疗的明确记载还是本世纪七十年代的事。当然古籍中所述的"痉"、"喘"等的针灸治疗，在一定程度上包含这方面的内容。从近年的资料看，针灸不仅对脑水肿、颅内压增高等引起的中枢性呼吸衰竭有一定效果，而且对外周性呼吸衰竭疗效也较好，如对急性喉头梗阻病例，可降低气管切开率，对呼吸骤停，呼吸肌麻痹而全身情况较好者也有效。动物实验证实，针刺素髎、水沟等穴，可对急性呼吸衰竭的动物产生明显的兴奋作用，使呼吸即时增强。

目前在穴位刺激方法上，用得较多的是电针法。

对身体虚弱，呼吸中枢损害严重，自动呼吸停止较久者，针灸的疗效尚不满意。呼吸深快及抽搐者，电针应慎用。

在针灸同时，必须积极治疗原发病，改善全身状况，包括脑水肿患者加脱水剂，给氧，抗感染，清除痰液，给予镇静剂等。衰竭时间长者，应间断配以呼吸兴奋剂。

张仁

第三节　消化系统疾病

一　急、慢性胃炎

急慢性胃炎是由各种原因所致的急性或慢性胃粘膜的炎性变化。依其病势缓急和病程长短可分为急性和慢性两大类。

急性胃炎，包括单纯性、腐蚀性、感染性和化脓性四种。单纯性胃炎，多由过度饱

餐、酗酒、食用微生物或其毒素污染过的食物及服用对胃粘膜有刺激的药物引起，易发于夏秋季节，任何年龄均可发病，以卫生条件差的地区发病率高。腐蚀性胃炎，由于吞服强酸、强碱或腐蚀剂而致。感染性胃炎，是在患有全身性急性感染疾病（如麻疹、伤寒等）或严重脓毒血症时，细菌或其毒素经血进入胃组织而致。化脓性胃炎，是化脓性细菌侵入胃壁所致的严重胃炎，临床罕见。

慢性胃炎，多由急性胃炎经久不愈、迁延而致，或与长期服用对胃有刺激的食物、药物、胆汁返流及胃酸缺乏、中枢神经功能失调等许多因素有关。临床一般分为浅表性，萎缩性和肥厚性三种。浅表性胃炎较易治愈，但也可以转变为萎缩性胃炎，少数萎缩性胃炎可发生恶变。慢性胃炎是常见多发病之一，在胃疾患中发病率最高，多见于20～40岁的男性，以浅表性多见，而萎缩性胃炎，则以40岁以上者多见。

本病属中医所说的胃脘痛、伤食、呕吐的范畴。

病因病机

导致本病的病因虽多，但不外乎内、外两大类。外因有感受外邪、饮食不节或不洁。内因多见于七情内伤、脾胃虚弱。

外感寒邪，邪犯于胃，或过食生冷，寒积于中，致气机凝阻；或嗜食辛辣，长期饮酒，湿热内蕴，致气机不畅；或暴饮暴食、进不洁食物、损伤脾胃等均可导致脾胃功能受阻而致急性胃炎发生。

忧思恼怒，情志不畅，则肝气郁滞，失于疏泄，横逆犯胃致气机阻滞；素体脾胃虚弱，或劳倦过度，或久病伤及脾胃，致中焦虚寒；若胃阴受损，胃失濡养均可导致慢性胃炎。

临床表现

急性胃炎起病急，病程短，主要表现为恶心呕吐、腹痛腹泻，伴随发烧等症状。单纯性胃炎一般在进食被污染食物数小时后急性起病，可有上腹不适、疼痛、食欲减退等，严重者有发烧、失水、酸中毒、休克等症状，体征可见上腹或脐周轻度压痛，肠鸣音亢进。腐蚀性胃炎主要表现为口腔、咽喉、胸骨及上腹部剧烈疼痛，伴有吞咽疼痛、吞下困难。严重者，可发生呕血、虚脱、休克、食管或胃穿孔。感染性胃炎，常有食欲减退，中上腹部发胀，当全身感染被控制后，上述症状可迅速好转。化脓性胃炎，以弥漫型多见，起病突然，上腹部剧痛、寒战、高热，上腹肌紧张和明显压痛等。

慢性胃炎的临床表现，一般都不典型，病程缓慢，常反复发作，除胃部不适或疼痛之外，各类型临床表现有所不同。浅表性胃炎，表现为饭后上腹部不适，有饱闷及压迫感，嗳气后自觉舒服，有时还有恶心、呕吐、吐酸及一时性胃痛，无明显体征。萎缩性胃炎，表现为食欲减退，饭后饱胀，上腹部钝痛以及贫血、消瘦、疲倦和腹泻等。肥厚性胃炎，表现为顽固性上腹疼痛，食物和碱性药物可使疼痛缓解，其痛无节律性，伴有饥饿感或吐酸等。

辨证施治

1.急性胃炎：多见有风寒、湿热、伤食等证。

(1) 风寒或寒湿证：

主证：多见腹痛肠鸣，得热则减，泻下清稀，甚则水样便，脘闷食少，舌苔薄白或腻，脉濡缓。

治则：温中散寒，除湿止痛。

处方：内关(－)　中脘(－)　足三里(＋)(双)

酌情选配合谷(－)、阴陵泉(＋)、天枢(－)(双)。

穴方简释：内关主治胃心胸之疾，中脘为胃之募穴，足三里为胃经之合穴，"合治内腑"。三穴同用，有和胃理中之功，配合谷祛散风寒之邪。阴陵泉可健脾祛湿，用天枢以止泻。

操作方法：进针得气后，足三里、阴陵泉用补法，余均用泻法。留针30分钟。

(2) 湿热证：

主证：多见腹痛泄泻，泻下急迫，或泻下不爽，粪色黑褐，肛门灼热，小便短赤，心烦口渴，舌苔黄腻，脉濡数或滑数。

治则：清热利湿，行气止泻。

处方：中脘(－)　内关(－)　足三里(－)(双)。

酌情选配阴陵泉(－)、天枢(－)、合谷(－)(双)。

穴方简释：取穴同上，然均用泻法，取中脘以清胃热，配阴陵泉以利湿，天枢以止泻，合谷为大肠经之原穴，泻之以清利胃肠之邪热。

操作方法：进针得气后，用泻法。留针10～15分钟。

(3) 伤食证：

主证：多有暴饮暴食或食物不洁之病因。见腹痛肠鸣，泻后痛减，大便腐败臭秽，伴不消化食物，呕吐酸腐，脘腹胀满，嗳气厌食，舌苔厚浊或厚腻，脉滑。

治则：消食导滞，健脾和胃。

处方：里内庭(－)　璇玑(－)　足三里(＋)(双)

酌情选配内关(－)、中脘(－)(双)。

穴方简释：里内庭、璇玑，为消食导滞之经验穴；足三里，为胃之下合穴。补之，可健脾和胃，配内关以理气止痛，中脘以助运消食。

操作方法：除足三里用捻转补法外，其余均用提插泻法。

2.慢性胃炎：多见肝胃不和、脾胃虚寒、胃阴不足三证。

(1) 肝胃不和证：

主证：证见胃脘胀痛，饱闷不适，食后尤甚，痛无定处，攻撑连胁，嗳气、善太息，每遇烦恼郁怒而加重，舌苔薄白，脉弦；甚则痛势急迫，心烦易怒，嘈杂吐酸，口干，口苦，舌红、苔黄，脉弦数。

治则：疏肝和胃，降逆止呕。

处方：内关(－)　中脘(－)　阳陵泉(－)　足三里(－)　太冲(－)(双)

酌情选配期门(－)、解溪(－)、胃俞(－)(双)。

穴方简释：中脘、三里二穴合用有通降胃气之功；内关为心包经穴，又与阴维脉相通，手厥阴经脉下膈络三焦，阴维主一身之里，故有宣通上中二焦气机的作用；阳陵泉、

太冲，疏泄肝胆经气，平肝木之横逆，配胃俞以和胃，解溪以止呕，期门以疏肝。

操作方法：均用泻法。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

（2）脾胃虚寒证：

主证：证见胃脘隐隐作痛，得按则减，喜食热饮，时吐清水，纳呆，神疲乏力，手足欠温，大便溏薄，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

治则：温中理气，健脾和胃。

处方：中脘（＋） 内关（＋） 足三里（＋） 脾俞（＋）（双）

酌情选配胃俞（＋）、公孙（＋）（双）。

穴方简释：脾俞、胃俞，助足三里以调补脾胃；公孙为足太阴脾经络穴，别走阳明，又与冲脉相通，故取之以调中焦而平冲逆之气。

操作方法：补法。留针20～30分钟。

疗程：同前。

（3）胃阴不足证：

主证：证见胃脘疼痛有灼热感，痛无定时，午后或空腹时较重，口燥烟干，渴不多饮，食少便干，舌红、少苔，脉弦细而数。

治则：养阴清热，理气止痛。

处方：足三里（＋） 中脘（＋） 内庭（＋） 太溪（＋）（双）

酌情选配合谷（＋）、支沟（－）（双）。

穴方简释：太溪为肾经原穴，补以滋肾阴，内庭配合谷清胃热、保阴津，支沟理气通便。

操作方法：除支沟用泻法外，余皆用捻转提插补法。

其他疗法

1.耳针：取脾、胃、肝、交感、神门、皮质下、大肠、小肠。每次可选2～3穴。急性胃炎，每日针1～2次，留针10～20分钟。慢性胃炎，每日1次，或隔日1次。留针15～30分钟，10次为1疗程。

2.水针：取足三里、内关、脾俞、胃俞、胸8～12夹脊穴、胃仓。急性胃炎，可选1～2穴，以生理盐水5毫升，或维生素B_6、B_{12} 2毫升，每穴注1～2毫升，每日1次，痊愈为度。慢性胃炎，用0.5～1.0%普鲁卡因于足三里或胸夹脊穴位注射1～2毫升，每日1次。或取胃仓穴进针0.8～1寸，注维生素B_1 0.5毫升。或在足三里、脾俞、胃俞注射硫酸阿托品0.5毫克，每日1次。

3.割治：取大陵穴向掌心方向1.5～2.5厘米处。每月割治1次。此处深部血管神经较多，切口不宜过深，以免损伤。本法用于慢性胃炎。

4.挑治：取胃俞、中脘、脾俞及阳性点。每次选2～3穴，隔2～3日挑治1次，取穴不宜重复。

5.针刺敏感点：取髂前上棘与髂后上棘连线中点下3横指处，约在梨状肌上缘。用3～3.5寸毫针，直刺至骨膜，然后稍向上提针，使针尖离开骨膜，大幅度提插捻转，休息5分针再行，反复3次后起针。本法用于急性胃炎。

6. 灸法：取足外踝最高点下，赤白肉际处。以温和灸灸此穴10～15分钟，每日2～3次。本法用于急性胃炎。

7. 穴位埋线：分三组取穴。一组胃俞透脾俞，中脘透上脘；二组梁门透承满，胃仓透意舍；三组梁门、攒疡点。先取第1组穴，依法植入羊肠线，如效果不好，可在适当时间再用第2组或第3组穴。此法用于慢性胃炎。

8. 拔罐：取中脘、梁门、幽门、肝俞、胃俞、三焦俞等。以大型或中型火罐，拔10～15分钟。本法用于慢性胃炎。

文献摘录

"中髎主腹胀飧泄，下廉治少腹痛、飧泄，次指间痛，唇干，涎出不觉，不得汗出，毛发焦，脱肉少气，胃中热，不嗜食，上廉主飧泄，阴陵泉主妇人泻泄。"（《针灸资生经》）

"吞酸呕吐食不化：灸日月、中脘、脾俞、胃俞。"（《类经图翼》）

"胃脘痛：太渊、鱼际、两乳下各1寸，各灸30壮；膈俞、胃俞、肾俞随年壮。"（《神应经》）

"脾胃虚寒，呕吐不已，内庭、中脘、气海、公孙。"（《针灸大全》）

"胃脘冷积作痛：中脘、上脘、足三里。"（《针灸大成》）

经验选辑

田从豁针灸治疗慢性胃炎86例，症状消失16例，显效36例，好转29例，无效5例，有效率94.0%。治疗方法：肝胃不和者，用平补平泻法针期门、内关、足三里，留针15～20分钟；脾胃虚弱者，取脾俞、胃俞或中脘、足三里，留针30分钟后用艾灸；脾胃虚寒者，取穴同脾胃虚弱型，针法用补，留针15分钟后加隔姜灸；胃阴不足者，交替针刺幽门、三阴交或章门、足三里，平补平泻，留针30分钟。（《中医杂志》24(6):45,1983年）

草逢润用针灸治疗急性胃肠炎方法如下：脾胃湿热者，用三棱针刺出血，或重刺，选中脘、内关、足三里、曲泽、委中等穴；脾胃虚寒者，针灸并用，取中脘、关元、神阙、阴陵泉、足三里等。（《陕西中医》1(4):36,1980年）

评述

急慢性胃炎属中医胃脘痛、伤食、呕吐等范畴。中医古代文献中虽无胃炎这一病名，但对其病因病机辨证治疗都有系统的论述。针灸治疗胃炎有相当的疗效，尤其是对急性胃炎，效果尤为明显，对慢性胃炎，如能坚持治疗，亦能取得满意的远期疗效。

近年来的临床实验研究，进一步证实了针灸对胃肠功能的影响。如针刺中脘、合谷、曲池、胃俞、足三里等穴，可使痉挛的胃弛缓。有人报告针刺足三里、合谷、三阴交等穴，可使原来低下的胃游离酸、总酸度、胃蛋白酶迅速恢复正常。还有人证明，针刺合谷、足三里、环跳、承山、风池、风府等穴，可使胃酸及胃蛋白酶高者降低，低者升高。

胃炎的治疗，除针灸外，应做到精神乐观，定时进食，少量多餐，充分咀嚼，进易消化的软食，症状比较重时，宜进半流质或流质食物，避免刺激性食物，戒烟戒酒。至

于本病的预防，应及早治愈急性胃炎，注意饮食卫生和习惯，合理安排工作和休息，避免精神过度紧张，过度疲劳，不用或慎用对胃粘膜有刺激性的药物，如须服用，可在饭间或饭后服用。

邵经明　高希言

二　胰腺炎

胰腺炎包括急性和慢性。急性胰腺炎是常见的急腹症之一，它是胰腺酶消化胰腺本身所引起的急性炎症。发病率约占急腹症的第 3 ～ 5 位，该病有逐年增长之势。

急性胰腺炎，多见于20～50岁的青壮年，女性略多于男性。临床经过取决于病变程度，水肿型患者，经适当的治疗后，经 1 周左右多数临床症状可消失，坏死型病死率较高。

慢性胰腺炎，系指胰腺的反复发作性或持续性病变。以男性为多，大多数年龄在30～50岁之间，既往史中常有胆囊及胆道病或急性胰腺炎、消化性溃疡等。

中医文献虽无胰腺炎这一病名，但就其临床表现来看，可能包括在腹痛、胃脘痛、脾心痛、膈痛、肝胃不和、呕吐、结胸等证候之中。

病因病机

导致胰腺炎的原因，与胆道疾病、胰管梗阻、感染、暴饮暴食、酗酒及精神因素等原因有关，其中慢性胰腺炎，亦可因急性发炎后，反复发作破坏胰腺组织所致。其病理改变，急性胰腺炎以水肿、出血与坏死为主，慢性者则表现为破坏后的胰腺细胞为纤维组织所代替。

中医学将胰腺炎的病因归为：情志郁结、外感邪毒、内伤饮食及蛔虫上扰四种；主要病理过程为：肝郁气滞，郁久化热，邪袭肝胆，食伤脾胃，发展成为湿热、实热。里热内结，积滞胃肠，壅遏不通，或湿热阻于中焦，脾胃气机通降失调。总之，本病病机是肝病及脾、内热壅滞郁结于脾胃而致病。

临床表现

1.急性胰腺炎，又分为水肿型（占90%以上）、出血型、坏死型三种。

（1）症状：腹痛，突然出现，表现为剧烈的上腹痛，并多向肩背部放射。水肿型者，多为持续性伴阵发性加重，出血性者，腹痛十分剧烈，常伴有休克。恶心呕吐，发病初出现，且吐后并不能缓解病情。出血型常呕吐剧烈，或持续性频频干呕。另外，尚有发热、黄疸等症状。

（2）体征：多有上腹压痛及轻度腹壁紧张，少数可有腹肌强直。实验室检查，血清淀粉酶和尿淀粉酶明显升高。白细胞计数大多在10×5^{9}/升～20×10^{9}/升（ 1 ～ 2 万/立方毫米）之间。

2.慢性胰腺炎，不少病人有反复发作性的上腹部疼痛，发作间隙期不规则。在病的后期，常有糖尿病、脂肪痢和肉质下泄等。

辨证施治

1.中焦气滞证（急、慢性胰腺炎）：

主证：脘腹胀闷疼痛，攻窜不定，痛及肩背，恶心呕吐，舌苔白腻，脉弦实。

治则：疏肝和中，理气止痛。

处方：期门（—）　章门（—）　足三里（—）（双）

酌情选配　中脘（—）、脾俞（—）双、胃俞（—）双。

穴方简释：期门，肝之募，肝主疏泄，取其条达郁结之气。因此，证为肝病及脾，病位处于中焦，故选针脾之募章门，胃之合足三里，以通利气机，使脾气得升、和胃降逆。章门，又系足厥阴、少阳之会而属肝经，更可加强疏泄之效。配中脘，胃理气、和中止呕；脾俞、胃俞系背输穴，与章门、中脘属输募相配，更相得益彰，共奏散郁导滞、理气止痛之功。

操作方法：足三里深刺，得气后，施行较强之提插结合捻转的补法，持续运针2～3分钟，留针30分钟，以腹痛缓解为度。余穴采用泻法，运针2分针，留针15分钟。上述穴位，在留针期间，每隔5分钟，行针1次。

疗程：每日1～2次，5～7次为一疗程。

2.湿热蕴结证（急性胰腺炎，重症）：

主证：脘腹剧痛，胀满拒按，身热不扬，呕吐剧烈，吐后症不缓解，面目发黄，大便秘结，小便短赤不利，口苦口干，烦躁不安。脉濡数，苔黄腻，舌质红绛。

治则：清热化湿，通里攻下。

处方：上巨虚（—）　地机（—）　梁门（—）（双）

酌情选配内庭（—）、阳陵泉（—）右、中脘（—）。

穴方简释：本证病机为湿热蕴结，故取阳明大肠经之下合穴上巨虚，以清热化湿，通积导滞；本证主证为脘腹剧痛，复取脾经郄穴地机，清血热、止急痛。梁门，为局部取穴，善治腹中积气结痛；内庭，胃经荥穴，取其清化湿热；阳陵泉，胆之合，取其利胆退黄；腑会中脘，泻之而使胃气下降，肠腑畅通。

操作方法：在针刺之后，可先于地机及上巨虚附近寻找压痛明显之处，再针刺之。一般仅用主穴，据症酌加辅穴。得气后，施行提插捻转泻法结合播法。留针1小时，留针期间，宜隔5～10分钟运针1次，每次持续2分钟。

疗程：急性期，日针3～4次（隔6～8小时），不计疗程，以症状缓解为度。

其他疗法

1.水针：

（1）急性胰腺炎（水肿型）：足三里、下巨虚为主穴，腹痛加地机、日月，呕吐加内关、中脘，以10%葡萄糖注射液或注射用水，每次取2～4穴，每穴注射5～10毫升；止痛，可每穴注阿托品0.25毫克。每日1～2次。

（2）急慢性胰腺炎：取胰胆、交感、神门、十二指肠，从中寻找敏感点，以较强的刺激捻转2分钟后，留针1小时，间隔5～10分钟，运针1次。日针1～3次，5～7

日为一疗程。

文献选录

“中极主腹中热痛，行间主腹痛而热。”（《针灸资生经》）

腹内疼痛：内关、三里、中脘。（《针灸大成》）

腹痛：内关、三里、阴谷、阴陵、复溜、太溪、昆仑、陷谷、行间、太白、中脘、气海、膈俞、脾俞、肾俞。（《神应经》）

实痛宜刺泻之。太冲、三阴交、太白、太渊、大陵。（《针灸聚英》）

经验选要

1.陕西省医院内科曾单用针灸治疗4例急性胰腺炎，以府舍、章门、期门、足三里为主穴，神阙、行间、中脘、上脘为配穴。先用泻法，针体垂直刺入，至病人感到酸麻胀感，留针30～60分钟；复以艾卷灸之。结果4例全部治愈。针治1～2次后，症状即明显减轻，均于4～7日内痊愈。(1959年)

2.西安医学院一附院采用腹部深刺，再配刺下肢穴位治疗急性胰腺炎，收到满意效果。方法是：先于胰腺部找压痛点，在压痛最显处进针，深约3～7寸，强刺激勿提插，留针15分钟，再针阳陵泉穴，留针通电1小时，每日1～2次。（1978年）

3.重庆南岸区第一医院，采用穴位按摩法治疗急性胰腺炎。取腹部梁门及章门穴为主，并取小腿内外侧穴（由踝至膝），重压足三里，再取由肾俞至心俞的背部两侧胸腰段俞穴。急性期每2～4小时按摩1次，每次5～15分钟。病情好转后，减为每天按摩1～2次。共治急性胰腺炎62例，除1例因坏死型胰腺炎并发腹膜炎不适宜按摩外，余61例均收到较好效果。（1978年）

评述

急性胰腺炎，是一种严重的急腹症，发病突然，病势急骤。在选择针灸疗法，必须审时度势，了解适应范围，抓住有利时机。

针灸治疗胰腺炎，五六十年代虽然报道不多，但已观察到针灸确有一定效果。近十余年来，除传统针灸之外，各种变革之法诸如电针、穴位注射、耳针都已被用于本病的救治，而应用毫针治疗、穴位按摩等也收到了满意的效果。临床证明，针灸对本病有明显的止痛消炎、调整肠胃功能、解痉止呕、抗感染及减少胰腺分泌的作用。

鉴于急慢性胰腺炎，各型轻重程度不同，针灸治疗时应有所选择，其中慢性胰腺炎和急性水肿型胰腺炎，治疗可以针灸为主；而其他型胰腺炎，可针药结合应用。即使以针灸为主，也应同时采取必要的其他措施，如严格卧床休息，明显呕吐、腹胀者，须禁食及胃肠减压1～2日，并注意配合抗休克、抗感染及纠正水电解质紊乱等。

三　消化性溃疡

消化性溃疡，本篇专指胃及十二指肠溃疡而言。其总发病率可能占人口的10～20％。

据国内调查，十二指肠溃疡较胃溃疡多见，二者之比约为1.5：1。十二指肠溃疡在青壮年中发病率较高，胃溃疡病人的平均起病年龄比十二指肠溃疡约迟十年，随年龄增高而上升。本病在男性中多见，男女之比为3：1。消化性溃疡的形成和发展，与胃液中的胃酸和胃蛋白酶的消化作用有关。

消化性溃疡，属于中医学中胃脘痛的范畴。在长沙马王堆出土的《阴阳脉灸经》中，就已提到用灸经脉之法，治疗脘痛，说明针灸治疗本病已有二千年以上的历史。

病因病机

消化性溃疡是一种多病因的疾病，据长期观察，它与遗传因素、地理环境、饮食不当、不良情绪、饮酒、吸烟、过多服用某些可致溃疡的药物（如阿斯匹林、保太松等）以及某些疾病等有关。而发病的机理，则是由于酸性胃液侵蚀作用和胃粘膜的防御能力、平衡失调有关。

中医认为，胃脘痛的病因，可概括为以下几方面：外感寒邪，内客于胃，寒主吸引，致胃气不和而痛；饮食伤胃，致胃失和降；情志抑郁，肝木失于疏泄，横逆犯胃，致气机阻滞，因而疼痛；久病伤及脾胃，耗损中阳，胃失濡养而发生疼痛。

临床表现

症状：上腹痛是主要症状，具有慢性长期、周期性发作，位于上腹部中央，呈纯痛、烧灼、锥痛，程度不重并与饮食有关等特点。尚有恶心、呕吐、反酸、流涎、便秘、腹泻等消化系统的其他症状。

体征：在发作期，尤其在溃疡活动期，上腹部常有轻度压痛，其压痛点多与溃疡位置相符。

实验室检查：胃液分析，十二指肠溃疡病人的胃酸及胃液分泌均正常人旺盛。溃疡活动期，粪便隐血试验，可呈阳性；X线钡餐检查，有助于本病确诊。

辨证施治

1.寒邪犯胃证：

主证：胃脘疼痛，疼势急暴，恶寒喜暖，口和不渴，喜热饮，苔薄白，脉弦紧。

治则：温中散寒，理气止痛。

处方：足三里（－）　中脘　胃俞（双）

酌情选配脾俞（＋）、承满（－）（双）。

方义简释：胃合足三里，是治胃腑病症之要穴，针此能散阴寒、调胃气；中脘、胃俞，为输募相配，温中州而祛邪止痛。寒邪客胃，气机被阻，故补脾俞，以健脾运，泻胃经之承满，以降和胃气。

操作方法：足三里深刺，得气后施提插捻转泻法，留针20～30分钟；中脘、胃俞，隔姜灸7～10壮，或艾卷雀啄灸15～20分钟。余穴用提插捻转补泻法。

疗程：每日1～2次，10～12次为一疗程。

2.肝气犯胃证：

主证：胃脘胀闷，攻撑作痛，脘痛连胁，嗳气频繁，大便不畅，每因情志抑郁而加重。如肝气郁久化热，邪热犯胃，则见烦躁易怒，痛势急迫，泛酸嘈杂，舌红、苔黄，脉弦或数。

治则：疏肝止痛，和胃理气。

处方：梁门(－)　期门(－)　内关(－)　足三里(－)(双)

肝火犯胃，加太冲(－)、内庭(－)(双)。

方义简释：梁门属足阳明胃，善调胃腑气机，实验已证实，梁门穴有助于溃疡愈合。期门，乃肝之募，泻郁结之肝气；内关，八脉交会穴之一，通于阴维，配足三里理气和胃，前已述。肝气郁久化热损伤及胃，取肝经原穴太冲，配胃经荥穴内庭，以清泄肝胃之火。

操作方法：肝气犯胃，用提插捻转泻法，留针15～20分钟，如邪热犯胃，用强刺激提插泻法，并留针30～60分钟。

疗程：每日1次，10日为一疗程。

3.脾胃虚寒证：

主证：病属正虚，故胃痛隐隐，喜温喜按，或空腹痛甚，得食则减，或食后反重，泛吐清水，神疲乏力，甚则手足不温，大便溏薄，舌淡、苔白，脉虚弱或迟缓。

治则：温中健脾。

处方：脾俞(＋)(双)　胃俞(＋)(双)　中脘(＋)　章门(＋)(双)

手足不温，加足三里(△)(双)；大便溏薄，加公孙(＋)(双)。

方义简释：虚寒之证，多以输募相配，因脏腑之气通于背输、募穴，故取脾胃之背俞，脾俞、胃俞配脾胃之募穴中脘、章门。中脘、章门又分别为脏腑会穴，四穴合用，温脾养胃，补中益气。手足不温，加灸足阳明合穴足三里，温中和胃；大便溏薄，补脾经络穴公孙，以健运中州。

操作方法：得气后用捻转提插补法，留针15分钟。针后可施艾条灸或隔姜灸。

疗程：每日或隔日1次，12～15次为一疗程，间隔3～5天，再作下一疗程治疗。

4.瘀血停滞证：

主证：胃脘疼痛，痛如针刺刀割，疼处固定而拒按。如伤及胃络，可见突然呕血或黑便。舌质紫暗，脉涩。

治则：活血化瘀止痛。

处方：膈俞(－)　内关(－)　血海(＋)　公孙(＋)(双)

酌情选配内庭(－)、足三里(－)(双)。

方义简释：膈俞，血之会穴，泻之活血止血；公孙，脾经之络穴，通于冲脉，配以血海补之，可统血行血；内关，通于阴维，泻之亦可清火止血。公孙、内关属父母相配，更能相得益彰。火伤胃络，加胃经荥穴内庭，清热凉血；痛势暴剧，泻胃经合穴足三里，理气止痛。

操作方法：进针得气后用提插捻转补泻法，留针20～30分钟。

疗程：每日2～3次，不计疗程，以证情缓和为度。

其他疗法

1.水针： 分两组取穴，一组中脘、梁门(右)，二组脾俞（单）、胃俞（单）。用维生素$B_1$100毫克/2毫升，加0.25%普鲁卡因溶液18毫升；每穴10毫升，每日1次，两组交替注射，10次为一疗程。

2.耳针： 以胃或十二指肠、交感、皮质下、口为主穴，三焦、神门、腹、肝、脾、膈为配穴，每次酌选3～5穴，可采取毫针法或电针法、压丸法。急性期，每日1次；缓解期，可隔日或每周1次。10次为一疗程。

3.梅花针： 取胸椎5～12两侧、颌下部、胸锁乳突肌、上腹部、剑突下、中脘、内关、足三里、阳性物区。采用中度或重度刺激法，肋弓缘叩刺2～3行，每日或隔日1次，7次为一小疗程，以后隔日1次，15次为一大疗程，间隔半月左右再继续治疗。如急性发作，可日治2～3次，不计疗程，至病情好转后再按上述疗程治疗。

4.穴位埋线： 胃俞透脾俞、中脘透上脘、梁门透梁门、足三里透上巨虚，每次选用1～2对透穴，以0～1号肠线埋入，20～30天埋线1次，3～4次为一疗程。

文献选录

膈俞治胃脘暴痛。（《针灸资生经》）

胃脘痛：太渊、鱼际、三里、两乳下（各1寸，各30壮），膈俞、胃俞、肾俞（随年壮）。（《神应经》）

胃脘痛：膈俞、脾俞、胃俞、内关、阳辅、商丘。（《神灸经论》）

经验选要

富文阁应用0.25～1%普鲁卡因注射液（浓度根据病情轻重而定），注射脾俞、胃俞穴。每穴注入5毫升，每日1次，治疗186例消化性溃疡病人(胃溃疡47例，十二指肠溃疡139例)，经1～4个疗程治疗，痊愈者97例，占52.2%，总有效率达100%，龛影消失率为90.9%。（1966年）

朱江等对41例经纤维胃镜确诊为消化性溃疡的患者，以中脘、章门、胃俞、脾俞为主穴，据不同症型加配穴位，采用提插捻转补泻。留针30分钟。结果30例住院病人中，症状消失或基本缓解占93～100%，胃镜观察痊愈8例，显效12例，有效3例，无效7例。并发现肝胃不和型多显示交感神经功能增强，脾胃虚弱型，多显示副交感神经功能增强或正常。针刺治疗消化性溃疡，可能是通过对植物神经系统的调整，减少胃酸分泌，增强胃肠蠕动、幽门括约肌舒缩、促进血液循环。（上海针灸杂志1983年）

评述

消化性溃疡，是针灸的适应证，现代报道较多。除毫针艾灸外，还可应用水针法、电针法、梅花针法、神经刺激疗法、穴位埋羊肠线疗法等。针灸对本病不仅有一定的近期疗效，而且还有较好的远期效果。如有对经穴位埋线疗法治疗的47例病人，经1～5

年间随访，结果，5年中症状完全消失而未复发者21例，症状基本消失而因饮食不当有短时间吐酸和微痛者24例。

关于针灸治疗消化性溃疡的机理，可能与促进植物神经功能转为平衡有关。

值得一提的是，本节所涉及的仅是一般消化性溃疡的治疗，如出现消化性溃疡穿孔，则需参阅本书有关章节，根据具体情况，施行综合治疗。

张仁

四　胃下垂

胃下垂，是指胃全部（大弯和小弯）下降到不正常位置。本病多由腹壁的紧张度发生变化，胃膈韧带、肝胃韧带及腹肌松弛无力，致不能固托位于原来的位置上，而引起的。平素身体瘦弱、胸廓狭长者或多产妇女，往往易罹患本病。

中医无胃下垂病名，但据其临床表现，可在虚劳、胃脘痛、腹胀、嗳气、便秘等病症中认识。

病因病机

本病多因饮食劳倦、久病多产，损及脾阳。脾属中焦为中气之本，其气主升，脾虚则运化失常，升举无力，而致中气下陷，发生胃下垂。

临床表现

症状：纳差，胃脘坠胀不舒，尤以饭后加重，时有脘腹隐隐作痛，或痛连胁肋。或伴嗳气、吞酸、嘈杂、呕吐、大便时少时溏时秘，患者多有消瘦、乏力、心悸等。

体征：脐下可有振水音。X线透视：胃小弯弧线低于髂髂连线之下。

辨证施治

中气下陷证：

主证：纳食减少，四肢乏力胸脘胀闷，腹内牵引感，少腹坠胀，便溏或秘，平卧时症状略减，饱食后坠胀及腰痛明显。舌苔薄白，脉沉细少力。

治则：升举中气，健脾和胃。

处方：中脘(+)　足三里(+)(双)　提胃（脐上1寸，旁开3～4寸）或胃上（脐上2寸，旁开4寸）(+)（双）。

泛酸，加梁丘(±)双；腹胀，加气海(±)；嗳气，加内关(±)双。

方义简释：中脘为胃之募穴，足三里为胃经合穴，脾胃互为表里，补此二穴，意在补益脾胃，升举中气，提胃及胃上穴，均系近年总结之验穴，有提举下垂之胃的功效。泛酸，刺胃经郄穴梁丘；腹胀，取气海健脾利气；嗳气，针内关以平冲逆之气。

操作方法：先取3～8寸之毫针，从提胃或胃上穴进针，向中脘透刺，慢慢施以捻转补法。继针中脘穴，亦采用捻转补法运针3～5分钟后出针，继针补足三里，平卧留针20分钟。余穴均采用捻转加提插的平补平泻之导气手法，留针15～20分钟。

疗程：每日或隔日 1 次，15次为一疗程。间隔 3 ～ 5 天，继续第 2 疗程，可隔日 1 次。

其他疗法

1.电针：取中脘、提胃、胃上、气海为主穴，足三里、内关为配穴。

方法：一般仅取主穴。中脘接负极，余穴接正极，用疏密波，每次通电20～30分钟。每日 1 次，连针 6 日，休息 1 日，再作 6 日，12次为一疗程。电流强度可从弱到强，以病人能耐受为度。

2.水针：取中脘、足三里、下脘，每次选用 2 穴（足三里只取单侧，左右轮换）。以加兰他敏0.5毫克，或Ａ．Ｔ．Ｐ0.8毫升分别注入，前者每日 1 次，后者每周 2 次。20次为一疗程。

经验选要

1.中国中医研究院针灸研究所，据“以痛为输”的法则，由剑突下反应点向脐圈附近反应点进行40分钟的透针方法，有效率为70％。并发现针治对胃紧张力有一定程度的促进作用，对胃角或胃下极都表现出显著的即时上升效应。（1979年）

2.沈阳军区总医院，用三种不同方法治疗胃下垂：甲组，取右幽门透左肓俞，然后均匀缓慢将针提起，使术者觉得针下有拉力感。乙组，取穴进针同甲组，但不提针，改用留针20分钟，并结间断刺激，另配足三里穴。丙组，使用两根针，一针同甲组，另一针从太乙沿皮向下刺入2.5寸。接低频脉冲电流，刺激20分钟。结果，三法有效率分别为91.2％，98.4％和91.2％。（1979年）

评述

胃下垂症，《灵枢·本脏篇》有“肉䐃么者，胃薄。……肉䐃不称身者，胃下。胃下者，下管约不利。”的记载，与之相似。但历代医籍缺乏针灸治疗该病的资料。建国以来，针灸治疗胃下垂的报道日益增多，体针、电针及穴位注射等法都有应用。

总的看，具有下列特点：①一般作中气下陷治疗，不再分其他型。且多选取一定主穴，加上配穴，反复轮流治疗。②透穴使用多，且多在腹部，并在传统俞穴的基础上，总结了一些新的效穴；用长针深刺，最长有报道用到 8 寸；刺激量大，要求一个方向用力缓慢捻转，使病人感到针下有拉力，腹部饱满及胃上提感。③综合疗法运用多，如采取针刺与补中益气中药结合，针刺与共鸣火花治疗结合以及耳针、水针、体针同时运用等。

目前尚还存在疗效标准不统一的问题。对针刺治疗胃下垂的作用原理，也有待进一步探讨。

张 仁

五 急、慢性肠炎

肠炎是肠道炎症的泛称。依据发病的特点可概括分为急、慢性两类。急性肠炎，是一种肠道粘膜急性卡他性病变；慢性肠炎，是肠壁粘膜炎症病变过程极为缓慢且反复发作、缠绵不愈的一种疾病，多由急性肠炎转变而来。因其主要症状为腹泻，故中医将其归属于泄泻门急性肠炎，常称为霍乱、飧泄、暑泄、伤食泄等；慢性肠炎，多称为湿泄、寒泄、五更泻等。

病因病机

中医认为感受风、寒、暑、湿邪气，饮食不节，情志失调，脾胃虚弱，脾肾阳虚是引起腹泻的常见原因。而其中尤以湿邪为首，脾喜燥恶湿，湿最易伤脾，故《素问·阴阳应象大论篇》说："湿胜则濡泄。"《难经》说："湿多成五泄。"风寒暑热伤人致泻也常与湿邪并举，故有"无湿不成泄"之说。夜卧露宿、腹部着凉，坐卧湿地，酷暑贪凉，梅雨季节，为湿所伤，最易发生腹泻。

肠道感染、肠道非特异性炎症、肠寄生虫刺激、肠道运动异常、吸收不良、食物中毒等，都可引起急、慢性肠炎，而导致腹泻。

临床表现

1.急性肠炎：多有饮食不洁史，发病后腹泻一日数次至数十次，先为水样，后可见脓血便，伴里急后重，腹痛、呕吐或发热恶寒，头身疼痛等。

2.慢性肠炎：多为急性肠炎转变而成，腹泻一日 2～5 次，持续数日至数月不愈，粪便稀薄，或带脓血，伴腹痛绵绵，倦怠，乏力，食少，口淡，消化不良等。

辨证施治

1.急性肠炎：

(1) 湿热蕴结证：

主证：常为湿热蕴结肠道、升降传导失司，以致泻下如注，或带脓血、粘液、粪色黄褐秽臭，里急后重，肛门灼热，泻后仍觉腹痛，伴有胸脘痞闷，恶心呕吐，疲困身重，不思饮食，脉滑濡，舌苔黄腻。

治则：清热利湿，理肠止泻。

处方：天枢(－)　上巨虚(－)　内庭(－)　曲池(－)(双)

酌情选配足三里(－)(双)、中脘(－)。

穴方简释：天枢，为大肠募穴，善理大肠气机，除湿止泻；上巨虚、内庭，能清泄热邪，理气止泻；合谷，清热。上下呼应，以清阳明湿热，共奏理肠止泻之功。

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法，留针 5～10分钟。

疗程：每日 1～2 次。3～5 天一疗程。

(2) 湿寒内伤证：

主证：多因湿滞寒伤脾阳，故粪便清稀，或如水下，挟有未消化食物，伴有喜热欲暖、腹痛肠鸣，口淡，不渴，脉缓，舌苔白腻。

治则：疏风散寒，除湿止泻。

处方：神阙（－） 天枢（＋） 足三里（＋） 阴陵泉（＋）（双）

酌情选配三阴交（＋）、十字灸（即水分、气海、天枢双）。

穴方简释：湿困清阳，故取神阙，艾灸以温阳散寒；配天枢、足三里、阴陵泉，以建脾除湿；更加三阴交，十字灸以疏散寒湿而止泻。

操作方法：温补手法。留针30分钟，艾灸15～20分钟。

疗程：每日1～2次。3～5天一疗程。

2.慢性肠炎：

（1）脾胃虚弱证：

主证：泻下清冷，水谷不化，腹痛喜按喜热，体倦神疲，脉缓，舌淡、苔白。

治则：建中运脾，益气调胃。

处方：中脘（＋） 脾俞（＋） 天枢（＋） 足三里（＋）

肝气犯脾，加肝俞（－）、行间（－）。

穴方简释：中脘、脾俞、天枢、足三里，调理脾胃、补中益气，为健中止泻要穴；配肝俞、行间，疏肝和胃，故有益脾固肠，除湿止泻之功。

操作方法：用平补平泻手法，加艾灸。

疗程：每日1次。10天一疗程。休息3～5天后，不愈可再行一疗程。

（2）肾虚阳衰证：

主证：泻下澄澈清冷，完谷不化，状如鸭粪，或五更作泻，腹胀腹痛，形寒怕冷，腰困尿多，舌白，脉沉。

治则：温阳补肾，益火运脾。

处方：天枢（＋） 关元（＋） 气海（＋） 命门（＋）

酌情选配大肠俞（＋）、足三里（＋）。

穴方简释：肾虚阳衰，不能益火运脾，故取关元、气海、命门，以温肾中之阳；天枢、大肠俞、足三里，以健脾止泻。

操作方法：温补法，加艾灸。

疗程：每日1次，10～15次一疗程。

其他疗法

1.耳针：

（1）急性肠炎：取胃、大肠、直肠、脾，针刺宜重刺激、腹泻严重，可2～4小时针刺1次。

（2）慢性肠炎：取大肠、胃、脾、肾、肝，用压丸法，每周1次，4次一疗程。

2.电针：取天枢、足三里、中脘、小肠俞，得气后接电针机，强刺激。

3.水针：取天枢、足三里、中脘，用当归注射液、维生素B_1或B_{12}，注入穴内，每穴0.3～0.5毫升。

4.皮肤针：取背部俞穴胸$_8$～腰$_3$，每日叩打1次，10次为一疗程，主要适用于慢性肠炎。

文献选录

“大肠病者，肠中切痛而肠鸣濯濯，冬日重感于寒即泄，当脐而痛，不能久立，与胃同候，取巨虚上廉。”（《灵枢·邪气脏腑病形》）

“溏泄取太冲、神阙、三阴交；食泄取上下廉。”（《神应经》）

“泄泻：曲泉、阴陵、然谷、束骨、隐白、三焦俞、中脘、天枢、脾俞、肾俞、大肠俞”。“肠鸣而泻：神阙、水分、三间。食泄：上廉、下廉。暴泄：隐白。洞泄：肾俞。溏泄：太冲、神阙、三阴交。（《针灸大成·肠痔大便门》）

经验选录

陕西省中医研究所等用电针法治疗急性胃肠炎65例，均治疗1～3次痊愈。主穴：天枢、足三里双。配穴：发热加合谷（双），恶心加内关（双），腹痛加中脘，泻重转筋加小肠俞、承山（双）。针刺得气后通电针，强刺激，每日1次，每次30分钟。10分钟更换电极1次。（针灸杂志2:30，1966年）

柳岸用针灸治疗暴发型胃肠炎301例。寒证：金津、玉液、委中针刺放血；足三里用烧山火手法，得热感后出针；神阙隔姜（或葱、蒜、盐）艾炷灸3壮。热证：针刺大椎；金津、玉液、委中针刺放血，足三里用透天凉手法，得凉感后出针；神阙穴灸3壮。结果：296例治愈，5例因有宿疾转院。多数于治疗后15～30分钟内病情缓解，3小时后症状全部消失。（北京中医（3）:51,1985年）

评述

针灸对急、慢性肠炎有肯定疗效，收效迅速，在民间有着广泛应用。如挑刺放血金津、玉液、委中治急性肠炎，艾灸神阙治慢性肠炎等，至今在农村仍广为流行，收效往往胜过服药。故应列为治疗急、慢性肠炎的首选方法。

胡伯虎

六　急、慢性胆囊炎

胆囊炎，有急性和慢性之分，急性胆囊炎，是指由细菌感染，高度浓缩的胆汁或反流入胆囊的胰液的化学刺激所引起的急性胆囊炎性疾病。据国内资料，非结石性急性胆囊炎较结石性的发生率高，而由胆道蛔虫引起的急性胆囊炎，约占11～13%。近年来，急性胆囊炎的病死率已大为降低。一般而言，急性胆囊炎病程不长，多持续1～数日。但急性炎症消失后，常遗留纤维皱缩，以致于影响胆囊功能。严重的化脓性胆囊炎，可因处理不当而发生坏死、穿孔乃至形成腹膜炎等。

慢性胆囊炎，为临床最常见的胆囊疾病，多与胆石病同时存在，非结石性病例亦颇多见。本病有时可为急性胆囊炎后遗，但多数无急性发作史。

中医对本病的诊断和治疗积累了丰富的经验，早在《内经》中，即有“心痛黄疸”、“黄疸暴痛”的记载，而《伤寒论》所述的“结胸发黄”，亦可能包含本病在内。按照通行的观点，胆囊炎，可归入中医胁痛、黄疸的范畴。在《内经》和《甲乙经》中，分别提到针灸之法治疗胁痛和黄疸。

病因病机

引起胆囊炎的原因，主要是胆道梗阻（结石、寄生虫或胆管狭窄等）、胆道感染（大肠杆菌最为常见），部分则因化学性因素（胆汁成分改变或胰液逆流）和血管因素（血管痉挛或血栓形成）。其病理变化则是充血、水肿、炎性浸润等。

中医学认为，本病发病与下列因素有关：①外邪入侵，特别是湿热病最易侵犯胆腑，使之失于疏泄而引起胁痛黄疸；如兼挟热毒，其性酷烈，可热入营血，则内陷心包。②情志抑郁，使肝胆之气失于条达，因胆附于肝下，经脉分布于胁，气阻络痹而致胁痛；如郁而化热，久经煎熬，结成砂石，阻塞胆液，泛滥于肌肤而发为黄疸。③饮食不节，过食肥腻之品，湿浊内生，郁久蕴热，湿热熏蒸，胆失疏泄，亦可引起胁痛黄疸之候。

临床表现

1.急性胆囊炎：可分单纯型和重型二型。

(1) 单纯型：低热、倦怠，消化不良，右上腹持续性疼痛，阵发性加剧，并可有压痛或肌紧张。常可伴恶心、呕吐等。实验室检查，白细胞计数可有轻度增高，但很少超过15000。

(2) 重型：寒战高热（可达39℃以上），恶心呕吐严重，腹痛加重，有明显压痛及反跳痛、痛觉过敏与肌肉强直，且有右肩胛下区的放射痛。有时可扪及膨大而压痛的胆囊。实验室检查，白细胞总数可超过20000，且有显著核左移，尿胆元量增高，血清淀粉酶可轻度增高（＜500单位）。X线腹部平片检查，可见增大的胆囊阴影或右上腹的密度增高区域。

2.慢性胆囊炎：腹胀、上腹或右上腹不适，持续性钝痛或右肩胛区疼痛，嗳气、厌油，可伴发热；进食油腻后，症状常加重；胆囊区有轻度压痛或压之不适感。十二指肠引流，采集胆汁可发现脓细胞；超声检查及胆囊造影，可示浓缩及排空功能失常。

辨证施治

1.气滞证：

主证：右胁隐痛或窜痛，低烧或不发烧，胃脘胀满，嗳气，反复发作，舌质淡红或微红。

治则：疏肝理气。

处方：胆俞（－）　中脘（＋）　支沟（－）　阳陵泉（－）(双)

酌情选配期门（－）、太冲（＋）右。

穴方简释：胁肋为少阳、厥阴二经之分野，故取手少阳之经支沟、足少阳之合阳陵，以疏调肝胆郁滞之经气，胆俞，为输穴，系胆腑经气转输之处；中脘，乃八会穴之

腑会，选此二穴，意在通泄胆之腑气。期门为肝之募，太冲乃肝之原，均属足厥阴经脉，因肝胆互为表里，故刺此二穴可加强通利胆腑气机之功。

操作方法：支沟、阳陵泉，针刺时，先令针芒指向病所，得气后应采用气至病所手法，激发得气感应上传，然后施以泻法。余穴于得气后，分别用提插捻转补泻法，留针20分钟。

疗程：每日1次，12次为一疗程。

2.湿热证：

主证：右胁持续性胀痛，发冷发烧，身黄目黄，尿黄浊或赤浊，便秘，舌苔黄腻或黄厚，脉弦滑或洪数。

治则：热重于湿者，清热利湿，重在清热；湿重于热者，利湿化浊，佐以清热。

处方：胆俞（－）　章门（＋）　阳陵泉（－）双　至阳（－）

热重于湿，加曲池（－）(双)；湿重于热，加阴陵泉（－）(双)。

穴方简释：本证以胁痛、阳黄为证，系湿热熏蒸所致。湿热积于肝胆，致胆腑功能失职，故取胆俞以通胆腑，选脾之募穴章门以利湿热。胆之合穴阳陵泉，能加强清利胆腑之功，乃“合治内府”之意。至阳，位于督脉，乃治黄疸之验穴。热重于湿，加手阳明合穴曲池，清泻瘀热；湿重于热，配足太阴合穴阴陵泉，利湿化浊，该穴又主利尿以渗水湿，可使湿热得从膀胱外泄。

操作方法：得气后，采用提插捻转补泻手法。热重于湿者，留针5～10分钟；湿重于热者，留针20～30分钟，每日1次，重者可1日2次。7～10次为一疗程。

3.热毒证：

主证：右胁持续性灼痛，口干渴，寒战高热，腹胀而满，尿短赤，大便燥结，舌红或绛、苔黄燥或有芒刺，脉弦滑数或细数。

治则：清热解毒，凉血救阴。

处方：大椎（－）　胆囊穴（－）（右）　足临泣（－）（双）　足三里（＋）（双）

热毒重者，加十二井（－）、曲池（－）双；神昏谵语者，加劳宫（－）、少府（－）（双）。

穴方简释：大椎为手足三阳之会，有散热毒、祛阳邪之效，胆囊穴为近人发现之奇穴，对急性胆囊炎有显著的止痛消炎作用，泻胆经之荥足临泣，因荥主清热，故可泄胆腑热毒，补足三里，可鼓舞胃气，增强抗拒病邪之力，且取“肚腹三里求”之意。热毒深重，十二井泻血以泄血毒，刺曲池以清腑热；神昏谵语，配厥阴与少阴之荥劳宫、少府清心凉血。

操作方法：十二井、劳宫、少府均以三棱针点刺，出血数滴。胆囊穴，于压痛最明显之处进针，得气后反复大幅度提插捻转泻法，留针半至1小时，如症情不见缓解可适当延长。余穴可用捻转提插泻法，持续运针3～5分钟后去针。

疗程：据症情，每日针刺3～4次（每次间隔6～8小时），不计疗程，以病情好转为度。

其他疗法

1.电针：用于急性胆囊炎，取胆俞（右）为主穴，胆囊穴、期门、中脘、梁门、太冲（均右侧）为辅穴。主穴每次必选用，接阴极；辅穴接阳极，可据症而取。针刺得气后通电，用可调波，频率120～240次/分，强度宜由弱至强，以能耐受为度。每次30分钟，每日1～3次，7日为一疗程。

2.水针：用于急性胆囊炎，取胆俞（双）、足三里（双）、中脘、胆囊穴（右），每次选2穴，每穴注入当归液5毫升或10％葡萄糖液10毫升。每日1～2次，7～10日为一疗程。

3.耳针：用于慢性胆囊炎或慢性胆囊炎急性发作，取神门、胰胆、肝、肩为主穴，交感、内分泌、十二指肠、脾为配穴。以主穴为主，再选择1～2个反应明显的备用穴而行针刺法。如在急性发作时，宜重刺激，留针30～60分钟，留针期间，间断刺激；如为慢性胆囊炎，中等低刺激，留针15～20分钟。根据发作与否，每日1～3次，7～15日为一疗程。亦可采用耳穴压丸法，以王不留行贴敷上穴单侧耳廓（具体方法，参见上卷），嘱患者每日自行按压3～4次，每次每穴按压3～5分钟。每隔1日，两耳轮换1次，15～20次为一疗程。

4.激光：用于急、慢性胆囊炎，取日月、期门（均右侧）为主穴，阳陵泉、胆俞（双侧）为配穴，慢性者仅选主穴，急性者酌加配穴。氦-氖激光器直接照射所选穴位，以波长6328Å°，光斑直径3厘米。每穴照射5分钟位（慢性）或10分钟（急性）。每日1～2次，7～10日为一疗程。

文献选录

中封、五里主身黄时有微热。（《针灸资生经》）

两胁痛，少阳丘墟。（《济生拔粹》）

胸结身黄，取涌泉而即可。（《通玄指要赋》）

胁肋疼痛：支沟、章门、外关……复刺后穴：行间、中封、期门、阳陵泉。（《针灸大成》）

经验选要

张子文等，针刺治疗14例急慢性胆囊炎患者（取：章门、期门、日月、肝俞、胆俞为主穴），采用皮内推针法，在穴位表层上施按摇重震括针术，每穴施用手法约5分钟，对四肢穴位，每天取2穴，用普通毫针深刺久留（约半小时）。其中10例住院病人，平均针刺3天后，症状及体征均明显好转以至消失。平均住院1周，凡经针治的病人未见复发。（1959年）

江苏省中医研究所，以耳穴压丸法治疗114例确诊的胆囊炎、胆石症患者，其中11例单用此法，余均以耳穴压丸作为中西药物的辅助措施。分两组取不同耳穴（甲组：神门、腹、内分泌、胆，乙组：肝、肾上腺、上腹、肩），61例经6周治疗，53例经3周治疗，多数病例的腹痛程度及发作次数，厌油、恶心等症状都改善，纳食增加。疼痛发

作时按压刺激耳穴，往往当时即可减轻症状。经分析疗程为6周的比3周的效果好（$P < 0.01$）。（1977年）

评述

针灸治疗急性和慢性胆囊炎的报道始于五十年代末，六十年代初曾有人就针刺治疗胆囊炎的机制作了初步的探讨，但总的资料还不多。近二十年来，不仅报道日益增多，在治疗方法更有较大的发展，从原来单一的针刺、艾灸之法，逐步开展电针、穴位注射、激光针、腕踝针乃至经络动磁疗法。从目前的情况看，针灸疗法主要适用于慢性胆囊炎（包括其急性发作）和单纯性急性胆囊炎，其有效率，各种疗法大致相似，均在80～90%。而重症急性胆囊炎，针灸只能作为中西医结合治疗的手段之一，如属坏疽性胆囊炎或伴中毒性休克的胆囊感染者，则宜转手术治疗，非针灸治疗范围。

在治疗急性胆囊炎时，应配合其他措施，包括禁食、补充水分和电解质。当症情缓解，酌情给予流质或半流质饮食。严重病例，需采用胃肠减压及抗生素。

针灸治疗慢性胆囊炎，有较好的效果，但需坚持相当长一段时间的治疗。耳穴压丸，方法简便，安全有效，易为病人所接受。对气滞型患者，则宜多加开导，使之心情开朗，也有利于疾病好转。

关于针灸治疗胆囊炎的机理，不少实验证明，针刺不仅增加机体的防御能力和代谢功能，而且对胆囊的生理功能亦具有调节作用。作者曾通过B超下实时观察，压迫耳部穴位，可明显促进胆囊炎病人的胆囊收缩，从而造成有力的利胆活动。

张仁

七　便秘

便秘，是指粪便在肠管内通过困难，运出时间延长，排出回数减少，粪便硬结，排出痛苦的一系列症状而言。中医称为便结、大便难、脾约、秘涩等。一般认为正常人由摄入食物，经消化到成为粪便排出体外大约需24～48小时，大便间隔时间平均为27.6±9.5小时，若超过48小时即可视为便秘。但随摄入食物成分及数量、排便习惯的不同，间隔时间的差异很大。只要排出通畅、无痛苦，就不能视为便秘。当排便间隔延长，伴有大便干燥硬结、排出困难、排便后有残留感或不适感、腹满坠胀等症状时，才可为便秘。具上述症状，即使每日排便1次或数次，也应列为便秘。

病因病机

中医认为便秘一症虽在大肠，但与脏腑经络、气血津液、精神情志皆有密切关系，是人体阴阳、脏腑、气血、情志失调的一种局部表现。如《济生方》说："素问云：大肠者，传导之官，变化出焉。平居之人，五脏之气，阴阳二气，贵乎不偏，然后精液流通，肠胃益润，则传送如经矣。摄养乖理，三焦气涩，运掉不行，于是乎壅结于肠胃之间，逐成五秘之患。夫五秘者，风秘、气秘、湿秘、寒秘、热秘是也"。阴虚则内热，阳虚则内寒。内热伏于肠胃，燔灼津液，食物残渣变为燥粪，则形成"阳结"；内寒凝

滞肠间，传导迟缓，宿食留滞便结不出，则形成“阴结”。气滞则胃肠壅塞，粪便停蓄，形成气秘；血亏则津液枯乏，失濡润滑利，形成排便秘涩。故《圣济总录》说：“阴阳之气不平，寒热相胜，或气实塞而不通，或气虚损而遗泄，或燥而结，或热而秘，皆阴阳不和之病也”。肺与大肠相表里，肺实气壅，气机郁滞或肺虚气陷，升降失调，致清阳不升，浊阴不能降，最易影响大肠传导功能，形成上窍塞而下窍闭。故肺病者，常有便秘或排便困难。肝气郁结、脾失运化、肾气亏虚、久服泻剂，也可引起和加重便秘。顽固性便秘，大多有肾气不足之象。所以《沈氏尊生书·大便秘结源流》说：“大便秘结，肾病也。经曰北方黑水，通于肾，开窍于二阴。益以肾主五液，津液盛，则大便调和。”

临床表现

1.弛缓型（低紧张性便秘）：是慢性便秘中最常见的一型，找不到明确原因的便秘几乎都属此型。多由腹腔神经丛兴奋低下所致，故又称运动低下性或低紧张性便秘。该型一般无特殊痛苦和腹痛，以便意感淡漠或消失、3天或3天以上大便一次、排出困难、腹部胀满不适、食欲不振等消化道症状为主。常伴有头痛、眩晕、倦怠、疲劳、心悸、舌苔厚腻等全身症状。有的可在左下腹乙状结肠处扪及膨大充盈的肠管。

2.痉挛型（运动失调性便秘）：一般认为该型便秘由植物神经系统失调，副交感神经亢进而致肠运动异常所致，故又称运动失调性便秘。临床上较少见，以便秘或便秘与腹泻交替进行，下腹部有不适感或钝痛，排便后腹痛减轻，排出粪便如兔粪或山羊粪，另有食欲不振、嗳气等消化道症状。可伴有头痛、眩晕、心悸、疲乏、烦躁等全身症状。左下腹降结肠和乙状结肠，可扪及因痉挛变硬的索状肠管或触及发硬的粪块。该型常见于过敏性大肠炎、肠结核、胃和十二指肠溃疡及神经过敏症等。

3.直肠型：是指粪便进入直肠后排出困难或滞留过久。又称直肠排便困难症。一般认为是由直肠壁的感受神经细胞应激性减弱，不能适时对进入直肠的粪便产生排便反射而致。以肛门下坠、排便困难、有排出不净感和残留感等为主症状，直肠指诊可触及粪块。

辨证施治

1.津液不足证：

主证：粪便干燥、排出涩滞、形如羊粪、色多褐黑、味臭量少，3～5日一次。兼证：口干舌燥，头昏头痛，心烦易躁，五心烦热，心悸失眠，消瘦贫血，食少腹胀，舌红、少津，脉细数。

治则：养血生津、润肠通便。

处方：大肠俞（－）　天枢（－）　支沟（－）　照海（－）　曲池（＋）

酌情选配三阴交（＋）、长强（－）。

穴方简释：大肠主津司传导，故取大肠俞，配天枢、支沟、曲池，以疏通大肠腑气，使津生而通便；照海为阴跷脉起穴，有滋阴生津、润便之功；配以三阴交健脾养血，长强调其下焦气机。共奏养血生津，润肠通便之功。

操作方法：平补平泻手法，每次留针20～30分钟。

疗程：每日1次，10日一疗程。

2.湿热内蕴证：

主证：粪便秘结，排出困难，里急后重，肛门灼热，腹胀痞满。兼证：口渴、口苦、纳呆，身重，小便短赤，舌苔黄腻。

治则：清热化湿，泻实通便。

处方：支沟（－） 天枢（－） 大敦（－）

酌情选配合谷（－）、曲池（－）、内庭（－）。

穴方简释：取支沟、天枢、大敦，以泻法行针，旨在清大肠实热；配合谷、曲池、内庭，加强清热化湿，理脾泻实，通便之功。

操作方法：泻法，不留针。

疗程：每日1次，3次一疗程，通便即止。

3.气机郁滞证：

主证：粪便虽不结燥，但排出困难，虽感腹胀肛门下坠，但蹲厕后又无粪便或排不干净或排出后仍感坠胀。兼证：胸胁痞满，纳食减少，头重昏闷，倦怠身困，腹胀肠鸣；排屁多，嗳气，舌苔多薄腻，脉象弦大。

治则：理气宽肠，祛风通便。

处方：支沟（±） 气海（±） 大肠俞（±）

酌情选配足三里（±）、天枢（±）、风门（±）、

穴方简释：支沟、气海、大肠俞，疏理腹中气机；足三里、天枢，调理肠胃，宽肠运便；更取风门，以祛风治秘。共奏理气宽肠、祛风通便之功。

操作方法：平补平泻法，留针10～20分钟。

疗程：每日1次。7日一疗程

4.脾肾双虚证：

主证：粪蓄肠间而无便意，虽有便意而努挣乏力，便出艰难，排时汗出短气，便后疲乏不堪。兼证：头眩耳鸣，气喘心悸，腰酸背痛，腹胀喜暖，小便清长，胃呆食少，排便需长期依赖泻剂，不服泻剂数日不行，舌淡、苔厚腻，脉虚。

治则：补益脾肾，运肠通便。

处方：脾俞（＋） 肾俞（＋） 中脘（＋） 神阙（＋） 足三里（＋）（双）

酌情选配天枢（＋）、大肠俞（＋）、气海（＋）、胃俞（＋）（双）。

穴方简释：取脾俞、肾俞、胃俞、大肠俞，以补益脾肾，调理胃肠；中脘、足三里、天枢，建中通便；神阙、气海，以培元固本，祛寒温下。

操作方法：补法。留针30分钟，针后加灸，或隔附子饼灸神阙、气海、足三里，施灸10～15分钟。

疗程：每日1次，10次一疗程。

其他疗法

1.耳针：取大肠、直肠为主穴，脾、胃为配穴。实秘，针刺、强刺激，或埋针1～

下

2小时。虚秘，压丸治疗，每周换1次。

2.水针：取大肠俞、天枢、足三里，用维生素B_1，注入穴内，每次每穴注入0.3～0.5毫升，隔日1次。5次一疗程。

文献选录

"大钟、石关，治大便秘涩；肓俞，治大便燥；中注，治小腹有热，大便坚燥不利；腹中有积，大便秘，巴豆肉为饼，置脐中，灸三壮即通，神效。"（《针灸资生经》）

"照海、支沟通大便之秘。"（《玉龙歌》）

"大便虚秘补支沟，泻足三里效可拟。"（《杂病穴法歌》）

"大便秘，寒气结，取石关。足寒大便难，取太冲。伤寒小腹胀，大便秘结，取中极、支沟、阴陵泉、足三里、内庭、照海。"（《针灸全书》）

经验选要

宋冠生等选穴丰隆、水道（左）、归来（左）及水道、归来各旁开2寸处。均施捻转手法。腹部穴进针2.5～3寸，下肢穴进针1.5寸，操作时患者仰卧，施手法1分钟，留针30分钟，每日2次。结果108例，有效103例，无效5例。（第二届全国针灸针麻学术讨论会，P.51，1984年）

王民集用王不留行籽耳穴压丸法治疗习惯性便秘30例，治愈14例，显效7例，有效6例，无效3例，总有效率90%。选穴：大肠、角窝、直肠下段为主；热秘加耳尖穴点刺放血；气秘加肝，虚秘加脾、心，冷秘加脾、肾。每次选穴3～4穴，双耳轮换，每周治疗一次，3次一疗程，休息5～7天，再进行第二疗程。（全国耳穴国际标准化方案论证会论文，1987年）

评述

便秘的治疗应寻找引起的原因，针对原因进行治疗，同时合理地调配饮食和排便习惯，纠正依靠泻药排便的错误作法。针灸治疗便秘具有明显疗效，对调整和恢复正常排便功能具有良好作用。治疗后还应养成定时排便的习惯，多吃含有丰富纤维素、维生素的食物，增加活动等，以巩固疗效。穴位指压和按摩对便秘也有很好作用，常用穴有中脘、天枢、气海、水道、归来等，一般采用自我指压和按摩，每晚临睡，清晨起床后行之。如能配合气功调息或深呼吸运动，常能收到明显效果。

胡伯虎

第四节　神经精神系统疾病

一　三叉神经痛

三叉神经痛是指在三叉神经分布区域内反复出现的阵发性剧烈疼痛，无感觉缺失和

运动传导障碍，多数于40岁后起病，女性多于男性，右侧三叉神经痛者比左侧者为多，95%的患者为三叉神经第2、3支受累，见于眼支者不到3%。本病具有突然性、短暂性、周期性发作的特点；病程较长；病情顽固，且反复发作；自愈者极少。

本病属于中医学的头风、面痛范畴。《医学纲目》记载："王忱正，患鼻额间痛，忽一日连口唇颊车，发际皆痛，不开口，虽言语饮食亦妨，在额与颊上常如糊，手触之则痛。"这则病案是对三叉神经痛的临床表现颇为精细的论述。

病因病机

风寒之邪侵袭阳明经络、高巅之上，唯风可达，风邪升发，易犯头面，寒为阴邪，其性收引凝滞，气血痹阻，遂致面痛。

由于阳明火盛，邪热犯胃，循经上炎而致，正如《景岳全书》中所说："火邪头痛者，虽各经皆有火证，而独唯阳明为最，正以阳明胃火盛于头面，而直达头维，故其痛必甚，其脉必洪，其证必多内热。"

素体虚弱，形质消瘦，或脾胃虚弱，纳食甚少，不能生化精微，津液来源不足，致使阴虚阳亢，虚火上升而致面痛。正如王肯堂所说："面痛属火……暴痛多实，久痛多虚。"

现代医学认为，本病有原发性与继发性的区别。原发性三叉神经痛，发病原因目前尚不明了。多数人倾向认为：三叉神经根受到机械性牵拉和压迫，是本病最可能的原因；主要病理变化为髓鞘病变。继发性三叉神经痛，常见于小脑脑桥角肿瘤、三叉神经节肿瘤、血管瘤、蛛网膜炎等所致。

临床表现

疼痛多起于一侧的上颌支或下颌支，眼支比较少见。在三叉神经分布区内呈阵发性短暂剧烈疼痛，患者叙述为刀割样、闪电样、撕裂样或烧灼样疼痛。每次疼痛持续数秒到数分钟；每天可能发作多次，并逐渐频繁，而在间歇期不痛。严重时，可伴有面肌的抽搐和结膜充血、流涎、流泪等症状。发作期中触及面部某些区域时，特别容易引起疼痛发作，例如上唇、鼻翼外侧、下唇及舌的边缘。患者常因此不敢刷牙、洗脸和进食。继发性三叉神经痛，多呈持续性疼痛，伴有三叉神经分布区域异常体征，如角膜反射迟钝或消失，对临床诊断和鉴别诊断具有重要意义。

辨证施治

1.风寒痹阻证：

主证：一侧面部阵发性剧痛，痛如锥刺、刀割，痛处拒按，遇寒痛甚，得热痛减，多有面部受寒因素，苔薄白，脉浮紧。

治则：祛风散寒，通经止痛。

处方：攒竹（－）　四白（－）　下关（－）　外关（－）　合谷（－）（双）

眼支疼痛，加头维、鱼腰；上颌支疼痛，加颧髎、迎香、上关；下颌支疼痛，加颊车、夹承浆。

穴方简释：取攒竹、四白、下关，为局部近取，旨在疏通面部经络气血；合谷，为手阳明经原穴，可疏利阳明经气，配少阳、阳维之会外关，以祛风散寒解表，和局部穴合用，可通经止痛。

操作方法：针刺得气后，行捻转补泻手法，留针20～30分钟。攒竹穴进针时，针尖宜向下方刺入，使感应放射到额部。或从鱼腰穴向下方刺入，使针感放射到眼区与前额部。四白穴针尖宜向外上方刺入，使针感放射至上唇部。下颌支痛取下关、夹承浆，下关穴适当深刺，使针感放射至下颌及舌部。夹承浆针尖宜向内下方刺入，使感应放射至下唇。

疗程：每日针刺 1 次，10次为一疗程。

2.阳明热盛证：

主证：颜面阵发性剧痛，如烧如灼，口渴口臭，烦躁易怒，便秘溺赤，遇风得热则疼痛更甚，苔黄而少津，脉象洪大或滑数。

治则：清泄胃热，祛风通络。

处方：太阳（－）　四白（－）　下关（－）　内庭（－）　足三里（－）（双）

参阅“风寒痹阻症”，酌情配选其他穴位。

穴方简释：本方取太阳、四白、下关为局部近取，旨在通调面部经络气机。内庭穴为足阳明经荥穴，以清降胃火，足三里为足阳明经合穴，泻之可通降胃气，诸穴同用既可清泄阳明之火热，又可疏风通络而止面痛。

操作方法：针刺得气后，行捻转补泻手法，留针10～15分钟。

疗程：每日针刺 1 次，10次为一疗程。

3.阴虚阳亢证：

主证：颜面疼痛，遇劳则疼痛增剧，面色潮红，眩晕耳鸣，不思饮食，急躁易怒，大便燥结，舌红少津，脉细而数。

治则：滋阴潜阳，祛风止痛。

处方：攒竹（－）　四白（－）　下关（－）　风池（－）　太溪（－）　太冲（－）（双）

参阅“风寒痹阻证”选取配穴。

穴方简释：本方取攒竹、四白、下关，为局部近取，旨在疏调局部气机；取足少阳、阳维之会风池，以潜阳熄风；取足少阴经原穴太溪，以滋肾育阴，太冲为足厥阴经原穴，上病下取，以平肝潜阳。诸穴合用可滋阴潜阳、祛风止痛。

操作方法：针刺得气后，行捻转补泻手法。留针30～40分钟。

疗程：每日针刺 1 次，10次为一疗程。

其他疗法

1.水针：第 1 支痛，取攒竹；第 2 支疼痛，取四白；第 3 支痛取下关或夹承浆。用盐酸普鲁卡因0.5～1 毫升，或维生素 B_{12}0.5 毫克，按发病部位注入上列患侧穴位，每隔 2 ～ 3 天注射一次。

2.耳针：取额、上颌、面颊、神门、交感，每次取 2 ～ 3 穴，强刺激，留针20～30

分钟，约隔5分钟捻转1次。或用埋针法。

3.敷贴：取太阳、四白、下关、颊车、下地仓、阿是穴，将红矾9克、荜拨6克、白芥子3克研成细末，另将红辣椒3个、透骨草9克分别用75％酒精50毫升浸泡24小时，取其上清液，调上药为糊状。按疼痛部位取穴，用竹签将药糊点到穴位上，如黄豆粒大小。每天可点1～3次。

文献选录

𩕳痛："刺手阳明与𩕳之盛脉出血。"（《灵枢·杂病》）

颞颥痛：取中诸。眉间痛，眼昏：攒竹、头维。（《针灸易学》）

两眉角痛不已：后溪、攒竹、阳白、印堂、合谷，头维。（《针灸大全》）

颔痛："刺足阳明曲周动脉见血，立已；不已，按经刺人迎，立已。"（《针灸甲乙经》）

"颔痛者，当取足阳明胃经颊车穴以刺之。此穴在耳下曲颊端，动脉环绕一周，故曰曲周也。"（《灵枢注证发微》）

经验选要

徐笨人等用针刺治疗原发性三叉神经痛1000例，改进传统针刺方法，采用通过穴位直接刺激受累三叉神经分支治疗原发性三叉神经痛，取得了近期比较明显的疗效。其方法是：Ⅰ支痛，取鱼腰穴；Ⅱ支痛，取四白；Ⅱ、Ⅲ支或Ⅲ支痛，取下关、夹承浆。针刺治疗1000例患者，结果：痛止（疼痛完全消失，3个月内未复发者）540例，显效292例，好转160例，无效8例。痛止率54％，总有效率为99.2％。（1983年）

倪一峰以针刺下颌穴（在下颌骨体下缘，距下颌角约1.5～2厘米下颌切迹内侧面凹陷处）治疗三叉神经下颌支痛15例，采用强刺激手法，再通脉冲电15～20分钟。15例患者经治疗后症状全部消除，随访1年未复发者12例，6个月内复发者3例。（1980年）

周宗岐等用针刺治疗三叉神经痛104例。取下关，无论哪一支痛，均以此穴为主；另外，根据各支疼痛情况选取适当配穴，如：第1支痛者，加阳白、头维、本神、印堂、攒竹、丝竹空；第2支痛者，加迎香、四白、瞳子髎、禾髎、角孙；第3支痛者，加听会、颊车、大迎、翳风、天容等；疼痛涉及到发际部者，酌加该部适宜的穴位。辅穴：多采用对侧曲池、手三里、合谷、足三里、行间、中渚、液门、昆仑等。痛甚者，可取双穴。每针3～4次后，可只针健侧穴位，疗效更佳。操作：用平补平泻法，找到针感后留针15～30分钟，疼痛较重者可酌予延长留针时间，必要时可留针1小时以上。10次为一疗程，若症状尚未完全消失，可停针一周后，再针第2疗程。若针3个疗程仍不能治愈时，可考虑改用其他疗法。疗效：痊愈者25例，显著进步者26例，进步者24例，不明者17例。除不明者外，有效率为86.23％。痊愈例中，有12例复发，1年内复发率为48％。（1957年）

评述

明代医学家王肯堂在《证治准绳》一书中称本病为"面痛"，他说"面痛皆属火，

盖诸阳之会皆在于面，而火阳之类也。心者生之本，神之变，其华在面，而心君火也。暴痛多实，久病多虚。”他所提出火热为患的辨证与治法，至今在临床应用中仍有十分重要的意义。

现代医学由于对原发性三叉神经痛的病因尚不明了，所以虽然有多种治疗措施，但疗效并不理想。针刺治疗本病有一定效果，尤其近期疗效较为显著，但复发率较高，一般在40.3～48%之间。所以我们在临床中体会到，如何提高针刺的治愈率，降低复发率，是十分重要的工作。近年来有人在针刺麻醉临床应用的启示下，应用电针刺激三叉神经干的方法，取得了近期止痛效果。也有人采用通过穴位刺激受累神经分支的方法，取得了较为显著的效果。还有人采用辨证选穴的方法，同样取得了良好效果。我们在临床治疗三叉神经痛时，不单从局部的病变着眼，而首先从患者整个机体情况出发，全面综合分析其病因病机及脉证情况，予以辨证治疗。但在辨证中，应明确病位，采用适当局部穴位，以疏导局部气机，才能提高针刺治疗效果。

帖亚林　王碧如

二　周围性面神经麻痹

本病是一种茎乳孔（面神经管）内组织急性水肿、面神经受压，或面神经本身的炎症所引起的周围性面神经损害，又称伯尔（Bell）氏麻痹。

本病可在任何年龄发生，常见于青壮年，患者性别无明显差异，左右侧发病的机会相近。轻症患者，一般在14～20天以后开始恢复，大部分患者，在1～2个月后可完全恢复，其病程和预后决定于面神经是生理性阻滞还是神经变性，若神经完全变性，在6个月后才开始有恢复的可能。

本病中医称为口眼㖞斜、口僻，属于中风证中的中络范畴。

病因病机

本病的病因病机《灵枢·经筋》篇就有记载：“卒口僻，急者，目不合，热则筋纵，目不开；颊筋有寒，则急，引颊移口，有热则筋弛纵，缓不胜收，故僻。”《金匮要略》也谓：“贼邪不泻，或左或右，邪气反缓，正气即急，正气引邪，㖞僻不遂。邪在于络，肌肤不仁。”所以本病多由正气不足，络脉空虚，风寒之邪乘虚侵袭，以致阳明，太阳之脉经气阻滞，气血运行不畅，经筋受病而致口眼㖞斜。或因素体阳盛，或因胆、胃二经积热，风热之邪侵袭，易于郁而化热，热邪侵淫而影响气血运行，致使筋脉肌肉驰纵不收而致口眼㖞斜。

现代医学对本病的病因目前尚不明了。一般认为可能是局部营养神经的血管受风寒而痉挛，而神经缺血水肿，被狭长的骨性面神经管压迫而导致面神经功能障碍。此外，慢性中耳炎、乳突炎亦可继发本病。

临床表现

本病起病迅速，短则数小时长则1周内症状可达高峰。患者常在清晨洗脸、漱口

时，发现口眼㖞斜，面部动作不灵活。部分患者起病前或发病时，可伴有同侧耳内、乳突区、面部疼痛。症状在1～2天发展至高峰，病侧面部表情肌动作完全丧失，额部皱纹消失，眼裂增大，鼻唇沟变浅，口角下垂，口歪向健侧。当面肌随意运动时，由于健侧面肌收缩，使病侧症状更为显著。病侧不能作蹙额、皱眉、闭眼、露齿、吹哨、鼓腮等动作。因上下眼睑不能闭合，形成所谓"兔眼"。鼓气和吹哨时，因口唇不能闭合而漏气。经常流泪、流涎，食物常滞留于病侧齿颊间隙内。少数患者经久不愈，有的可后遗有病侧面肌痉挛，或人中、口角在后期反被牵向病侧，病侧的鼻唇沟反而加深，眼睑缩小。根据面神经受损的部位不同，尚有病侧舌前三分之二的味觉减退或消失，或有听觉过敏，或有唾液减少。

临床中应注意本病与中枢性面神经麻痹相鉴别：前者病变在同侧，不能皱额，且眼裂增大。后者病变在对侧，可皱额闭目，眼裂大小正常，且伴有偏瘫或失语。

辨证施治

1.风寒证：

证见：多有面部受凉因素，急性起病，常于清晨起床洗脸、漱口、吃饭时发现口眼㖞斜，病侧眼睑不能闭合，眼泪外溢，不能作蹙额、皱眉、露齿、鼓腮等动作，说话漏风，口角流涎，漱口漏水，病侧额纹、鼻唇沟消失，舌质淡红、苔薄白，脉浮紧或浮弦。

治则：祛风散寒，疏筋活络。

处方：阳白（－）　地仓（－）　颊车（－）　四白（－）　颧髎（－）　风池（－）　合谷（－）（双）

不能皱眉，加攒竹；鼻唇沟平坦，加迎香；人中歪斜，加人中；颏唇沟歪斜，加承浆；味觉消失、舌麻，加廉泉。

穴方简释：颊车穴，为足阳明脉气所发；地仓，为手足阳明、任脉、阳跷脉之会。针刺时，相互透刺，是疏导面颊部经气的主穴要法。阳白穴，为足少阳、手足阳明、阳维脉之会，以疏调额部经气；颧髎，为手太阳、手足少阳之会，亦有疏通面颊部经气之功效。局部俞穴，配以少阳、阳维之会的风池，以及手阳明经原穴合谷，可祛风散寒、疏筋活络。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转。根据不同情况，可施以泻法，亦可采用先补后泻或先泻后补法，留针20～30分钟。酌情同时配合温灸或隔姜灸。

疗程：每日针灸1次，10次为一疗程；后期可间日针灸1次。

2.风热证：

证见：起病缓慢，发病前或发病时常有病侧耳内、耳后完骨处及面部疼痛，继而病侧口眼歪斜、眼裂扩大、口角流涎、说话漏风、口苦、大便干燥、小便短赤，或伴发热恶风、头痛，舌质红、苔黄燥或薄黄少津，脉浮数或弦数。

治则：清热散风，疏筋活络。

处方：地仓（－）　颊车（－）　阳白（－）　四白（－）　太阳（－）　翳风（－）　风池（－）　外关（－）

参阅“风热证”酌情选取配穴。

穴方简释：地仓、颊车、阳白、四白、太阳，为病侧局部取穴，目的在于疏通阳明、少阳经气，以疏风活络；翳风，为手足少阳之会，以疏风通络止痛；风池穴，为足少阳、阳维之会，与少阳之外关同用，可以疏散邪热、解除头痛。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转泻法，留针15～20分钟。

疗程：每日针刺1次，或间日针刺1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.皮肤针：取阳白、太阳、四白、地仓、颊车、合谷为主穴。

耳内或乳突区疼痛，配翳风、风池、外关；发热恶风，配大椎、曲池、外关。

操作方法：穴位常规消毒后，用皮肤针叩刺上述穴位，以局部微红为度，每日或隔日1次，10次为一疗程。此法多用于恢复期及其后遗症。

2.水针：取牵正、温溜、太阳、翳风，进针待有针感后用维生素B_1，每穴注射1毫升，每日1次，并可选配地仓、迎香、合谷等穴或轮换交替使用。

3.拔罐：取常用穴：地仓、禾髎、夹承浆、颊车、下关、阳白、四白、翳风、太阳等穴（均患侧），用皮肤针叩刺使少量出血，或在叩刺后配用小口径火罐吸拔5～10分钟，隔天1次。在炎症期或后遗症期，面部有“倒错现象”时，效果较好。

4.敷贴：取下关（患侧），将马前子研成粉，用0.3～0.6毫克，撒于膏药或胶布上贴于穴位，隔2～3天更换一张，一般需要换4～5次。

5.电针：取地仓、颊车、阳白、合谷、四白、颧髎、太阳、攒竹等穴，通电5～10分钟，通电量以患者感到舒适、面部肌肉微见跳动为宜。如见牙齿咬嚼者，为针刺过深，刺中咬肌所致，应将针退出重刺。

文献选录

“口眼㖞斜：颊车、水沟、太渊、合谷、二间、地仓、丝竹空。”（《神应经》）

“口㖞：温溜，偏历，二间，内庭。”（《普济方》）

“口眼㖞斜：听会、颊车、地仓。㖞向右者灸左，㖞左灸右。艾炷如麦粒大，各灸二七壮。”（《资生经》）

“口眼歪斜：先针地仓、颊车、人中、合谷。如愈后隔一月或半月复发，可针听会、承浆、翳风。（《针灸大成》）

“风邪入于足阳明、手太阳之经，遇寒则筋急引颊，做使口㖞僻，言语不正，而目不能平视，诊其脉，浮而迟者可治。”（《诸病源候论》）

经验选要

李志明等用针柄燃艾疗法治疗周围性面神经麻痹170例，以下关、颊车、地仓、太阳、颧髎、四白，攒竹、合谷为主穴。170例患者治愈129例（占75.88%），显效21例（占12.36%），进步18例（占10.58%），无效2例（占1.18%），总有效率98.82%。并且随机观察了针柄上燃艾、针刺法和激光穴位照射三组的疗效比较，结果三组比较，针柄

燃艾组比其他两组治愈率高，为84.75%，经统计学处理有显著性差异（$P<0.005$）。（1983年）

杨兆民等用针刺治疗周围性面神经麻痹46例，同时观察了肌电图变化，治疗前肌电图提示，大部分患侧面肌失神经支配或部分失神经支配及兴奋降低。经针刺治疗后复查，多数得到改善，使受障碍的神经功能恢复常态。针刺14～21次后痊愈者有30例。（1979年）

评述

周围性面神经麻痹的急性阶段，中医辨证多属实证，恢复期及后遗症期，多属虚证或虚中夹实证。但在临床中常常不易绝对区分，应权宜患者体质，病因及症状情况，予以灵活处理。如形气本虚，感受风寒而致面部经气失调，经筋、肌肉失养而受病，则应以扶正祛邪，温经散寒为主。可采用温灸，或隔姜灸，针刺手法也应先补后泻，或先泻后补为主。风热证发病稍缓，其证属实，故宜针宜泻。

本病初期1周之内，我们不主张刺激患侧局部经穴，常取远部的风府、风池、大椎、曲池、合谷等穴为主，或配服中药治疗。后期治疗以补为主，手法以轻缓为宜。注意病侧上下面肌恢复的平衡，并随时对恢复不平衡的状态予以调整，可间日或隔两日针刺一次，不可追求速效，超限度的刺激或应用电针过度牵拉，可造成由于过重刺激引起面肌痉挛或面部肌肉"倒错现象"发生。如在后遗症期出现的倒错现象，可采用刺络拔罐疗法，临床治疗效果较好。

本病应强调早期治疗，恢复期患者宜自行按摩及功能锻炼，如对镜施行蹙额、皱眉、皱鼻、露齿、闭眼、拉口角等面部表情肌锻炼，并按摩面部肌肉以轻柔手法为主，每次进行15～20分钟。其他物理治疗，如红外线、感应电、碘离子导入、短波等，亦可适当选择应用。

帖亚林　王碧如　陈业孟

三　面肌痉挛

面肌痉挛，是阵发性不规则的一侧面部肌肉抽搐。多发生于中年及老年人，尤以女性多见。

本病开始表现为：眼轮匝肌轻微的跳动，以极缓慢的速度扩散至半侧面肌，呈阵发性不规则的痉挛，神经系统检查无阳性体征发现。现代医学目前尚无有效治疗方法。

中医学描述本病为眼睑瞤动、风动如虫行及目瞤动与项口相引等，归属于筋惕肉瞤范畴。

病因病机

1.风寒之邪客于少阳、阳明，其邪留滞而经气运行不畅，筋脉收引而致面部肌肉拘紧瞤动。

2.素体脾胃虚弱，或因病致虚，脾胃受纳运化功能失常，津液气血之源不足，气血亏虚，肌肉失养，血虚生风而致肌肉瞤动。情绪激动，气机逆乱，故抽搐加重。

3.年老久病体弱，肾精不足，阴液亏耗，水不涵木，阴虚阳亢，而致风阳上扰则面肌阵发抽搐。

现代医学对本病原因尚不明了。有人推测可能是面神经通路上某些部位受到病理性刺激的结果，少数患者是面瘫后遗证。

临床表现

本病开始时，多为眼轮匝肌间歇性轻微抽搐，逐渐扩展至半侧面肌，特别是牵引口角提肌的抽搐，最易使人注意。其痉挛，可因精神紧张、疲倦、自主运动及受到注意时加剧，入睡后抽搐停止，一般面部无疼痛感。

辨证施治

1.风寒滞留证：

主证：病侧面肌拘紧，眼睑瞤动，口角抽搐，常因阴雨天气而症状加重，舌质淡红、苔薄白，脉缓或沉细。

治则：温散寒邪，舒筋解痉。

处方：风池（＋）　外关（＋）　合谷（＋）　足三里（＋）（双）

抽搐日久，加颧髎、地仓，患侧温灸。

穴方简释：风池，为手足少阳、阳维之会，外关，为手少阳之络，通于阳维。配用手足阳明经之合谷、足三里，以疏散少阳、阳明之风寒。施以温补，行气之法，以加强温散寒邪的作用。寒邪得散，筋脉则舒，故痉挛缓解。

操作方法：进针得气后，施以捻转提插补泻手法，若能激发经气循经感传，达于病所，其效更佳，留针20～30分钟。

疗效：每日或间日针灸1次，10次为一疗程。

2.脾胃虚弱证：

主穴：面部肌肉抽搐或跳动，尤其情绪激动时，抽搐更甚，气短乏力，纳呆神疲，头晕肢软，面色不华，舌质淡、苔薄白，脉细弱。

治则：健脾益气，活血熄风。

处方：脾俞（＋）　章门（＋）　中脘（＋）　气海（＋）　百会（＋）　足三里（＋）　合谷（＋）（双）

脾虚湿重者，加阴陵泉、三阴交（＋）；情绪易激动者，加后溪透劳宫（－）。

穴方简释：脾为后天之本、为气血生化之源，故取脾的俞募穴脾俞、章门，以治其本。气海，为生气之海，补之以资助元气；百会，为督脉要穴，其脉内贯脑髓与足厥阴肝经上会于巅，故补之可升清阳之气；中脘，为胃之募穴，加取手足阳明的合谷、足三里以补中益气，使元气精血充盛，而风熄痉止。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转补泻手法，并可结合催气法，促使经气感传，达至病所，留针20～30分钟。

疗效：每日或间日针灸1次，10次为一疗程。

3.阴虚阳亢证

主证：面部肌肉频繁抽动，头晕、失眠，耳鸣，腰酸膝软，头痛口苦，失眠多梦，急躁易怒，舌质红、苔薄黄少津，脉弦细而数。

治则：滋阴潜阳，平肝熄风。

处方：风池（－） 百会（－） 太溪（＋） 太冲（－） 内关（－） 合谷（＋）

耳鸣，加翳风（－）、中渚（－）；口苦咽干，加照海（＋）、廉泉（＋）。

穴方简释：风池，为手足少阳之会，可疏解面部少阳经气；配以太冲，以平肝熄风。太溪，为足少阴经原穴，以滋水益肾，而治其本；泻百会、内关，可熄风安神。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转补泻手法，均留针20～30分钟。

疗程：每日针灸1次或间日针灸1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.水针：取翳风、太阳、地仓、颊车为主穴，四白、风池、合谷为配穴。每次先2～3穴，用苯巴比妥钠0.1克，加1％盐酸普鲁卡因1毫升注入，每日或隔日1次。

2.耳针：取面颊、肝、神门、皮质下，用强刺激，留针1小时，每天针1次，10次为一疗程。

文献选录

风动如虫行：迎香。眼睑瞤动：头维、攒竹。（《针灸大成》）

杂病歌：假如唇动如虫行，水沟一穴治之宁。（《针灸聚英》）

经验选要

于书庄等，辨证选穴用“行气法”治疗面肌痉挛102例，运用手法激发经气由刺激点开始，沿着所激发的经络到达“病所”。结果除3例只治疗1次，不予统计疗效外，其余99例中，控制15例，显效26例，好转41例，无效17例，总有效率82.8％。而一般疗法的对照组，总有效率为23.2％。而且运用此法治疗远期疗效也较稳固（远期疗效为76.3％），（1982年）

霍金山等，用浅刺皮部治疗面肌痉挛30例，根据经络学说中有关皮部的理论，采用毫针刺入患部皮内，使针尖的皮肤突起，呈现一个小丘，并使针体呈悬吊而又脱落的状态。结果30例患者痊愈18例，显效5例，好转7例。到目前还没有发现浅刺皮部治疗面肌痉挛的无效病例。（1983年）

评述

面肌痉挛是一种常见病、多发病，又是一种比较顽固的疾病。古今文献对本病均缺少系统完整的记载，更少见行之有效的治疗方法。

近年来针灸治疗本病，取得了较好效果，但由于选用治疗方法不同，疗效亦有差异。

为了提高针灸对本病治疗效果，所以目前仍需以多角度进行研究与探索，按辨证选穴，因证选用适当行针手法或复式手法，是提高针刺疗效的一个方面，而根据经络理论，采用浅刺皮部的方法也是研究探索的一条途径，对阴虚证结合中药治疗更有利于发挥针灸治疗本病的作用。

帖亚林　王碧如

四　内耳眩晕症

内耳眩晕症亦称美尼尔氏综合征，为内耳病变。本症是1861年美尼尔首先报告的病例为迷路出血。哈尔百克，及凯恒司在1938年的发现是迷路内淋巴腔扩大和科蒂氏器缺氧、变性等病理变化。本症的临床表现为发作性眩晕，常伴有恶心、呕吐、耳鸣及逐渐听力减退，因以眩晕为主症，故属中医学的眩晕范畴。本症的发作间隙期长短不一，多数为数月或数年发作一次，但亦有频繁发作者，其发作常随耳聋的进展而减少，至完全耳聋时迷路功能消失，眩晕发作亦终止。

病因病机

本症确切原因不明。一般认为可能是由于植物神经功能失调，引起迷路动脉痉挛，继而使内淋巴产生过多或吸收障碍，导致迷路水肿。迷路水肿时内淋巴系压力升高能引起淋巴腔扩大，而变态反应和血管运动神经的机能障碍，可能是产生迷路水肿的原因，因此水肿程度的波动是症状间隙性的解释。

其他内耳疾病如炎症、血管痉挛、动脉硬化、出血、耳硬化症等及颅内疾病影响前庭神经时，皆可产生类似本症的临床表现，可称之为眩晕综合征或美尼尔氏综合征，起病以中年为多，男性略多。

本症中医临床分为实证、虚证两大类。实证，多由恼怒伤肝，而肝木犯胃，见于急性发作期；虚证，往往见于眩晕日久不息或屡发不止的心脾气虚或肝肾阴虚型。

1.实证：恼怒伤肝，肝失疏泄致气郁阳亢，木强侮土，使中焦失运，痰湿中阻，清阳被蒙，发为眩晕。

2.虚证：①素体虚弱，复因思虑过度，心脾两虚，气血生化无源，不能上荣头目。②房室不节，肾阴暗耗，无以生精补益脑髓，髓海空虚。

临床表现

病人在发作前即有耳鸣及听力减退，起病为突发的剧烈的眩晕，自觉四周景物或自身旋转，发时多闭目卧床，不敢转动头部，深恐眩晕增剧。眩晕呈间歇性、不规则发作，症状缓解消失常需1～2天或较长时间，发时伴恶心、呕吐、面色苍白、冷汗和眼球震颤。每次眩晕发作均使听力进一步减退，发作过后可有部分恢复，耳鸣多为高音调持续性，发生于患侧，常与耳聋同时存在，每在眩晕发作前加剧。

辨证施治

1.实证：

肝木犯胃证：

主证：眩晕视物旋转翻覆，头胀重如裹，多烦易怒，胸胁胀闷，恶心，呕吐痰涎，不思饮食，舌质偏红、苔厚腻，脉弦滑。

治则：平肝潜阳，和胃化痰。

处方：风池（－） 内关（－） 中脘（－） 足三里（－）（双）

湿重，加阴陵泉；眩晕甚，加印堂；耳鸣，加听宫。

穴方简释：风池，泻之平肝以潜阳；内关，通阴维。配胃合穴足三里及胃募中脘，以和胃止呕。湿重加脾合穴阴陵泉健脾化湿，湿除则痰自化、无痰不作眩。印堂，是经外奇穴，善清头目而止眩晕；听宫，治耳鸣。

操作方法：针刺手法在得气后可用泻法，并留针30～60分钟，留针期间作间隙运针。

疗程：每日治疗1～2次，至眩晕发作缓解后致用治本之法（见虚证的治疗）。

2.虚证：

（1）心脾两虚证：类似美尼尔氏症头晕目眩。

主证：头重足轻飘飘然，面色少华，心悸耳鸣，纳差、乏力，舌淡，脉细。

治则：补益心脾。

处方：百会（＋） 安眠（＋） 膈俞（＋） 心俞（＋） 足三里（＋） 三阴交（＋）（双）。

穴方简释：百会亦可补后用灸，以补气升清、安眠镇静以疗头晕；心俞、膈俞，补之并可用药饼灸补心气又养血；补胃合足三里及三阴经的交会穴三阴交，以补脾胃化生气血。

操作方法：针灸并用，留针15～20分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

（2）肝肾阴虚证：

主证：眩晕，时有耳鸣，腰膝酸软，五心烦热，午后颧红，舌红、少苔。本证多见于眩晕日久或屡发不止者。

治则：滋水涵木即育阴潜阳法。

处方：风池（－） 肝俞（－） 肾俞（＋） 太溪（＋） 行间（－） 三阴交（＋）

穴方简释：泻风池，以熄内风；据《内经》“脏病多取俞”，故泻肝俞，以平肝、潜阳；补肾俞，以补肾水；补肾经原穴太溪，泻肝荥行间，亦属滋肾水涵肝木之法，并补肝肾经交会穴三阴交以育阴。

操作方法：针刺得气后行补泻手法，留针15～20分钟，

疗程：隔日1次，10次为1疗程，可连作2～3疗程。

其他疗法

1.耳针：取内耳、神门、皮质下、枕。据临床辨证，可加入相应脏器，如肝肾阴虚

证，加肝、肾；呕吐、恶心，加胃。急性期，于耳穴埋籽并结合体针治疗，本疗法对急性期眩晕尤宜；每次贴耳穴为单侧耳壳，下次轮换。

2 头针：取双侧晕听区，每日1次，5～10次为一疗程。

文献选录

头晕，挟痰气，虚火妄动其痰，针上星、风池、天柱。（《针灸聚英》）

寒厥头晕及头目昏沉，大敦、肝俞、百会。（《针灸大全》）

风眩，临泣、阳谷、腕骨、申脉。（《针灸大成》）

经验选要

耳针治疗链霉素中毒(眩晕型)550例。症状完全消失者282例，症状大部分消失者237例，有效率为94%。前庭功能完全恢复者94例，部分恢复者124例，有效率为75%。(《耳针研究》)

《第二届全国针灸针麻学术讨论会》论文提要：美尼尔氏病急性发作期的针刺临床研究，针刺风池、太阳、百会、上星、足三里、太冲，呕吐者，加内关；失眠者，加三阴交。留针30～60分钟，留针期间加用轻度提插捻转手法以增强刺激，每天1次，连作2～3天，症状减轻则隔天1次。共39例，其中症状控制27例，减轻2例，无效10例，有效率74.4%。

空军沈阳医院针灸科徐笨人等针刺治疗内耳性眩晕75例：取印堂、内关、安眠为主穴；听宫、风池为配穴；有针感后，行平补平泻1～2分钟，留针20～30分钟，每日1次，10次为一疗程。其中，痊愈29例（占38.7%），显效25例（占33.3%），好转16例（占21.4%），无效5例。总有效率93.4%。

评述

针刺治疗内耳眩晕症疗效显著，特别于急性发作期首用体针或耳针针刺加用脉冲电，对控制症状颇有效果，待眩晕明显好转后，可采用耳穴埋王不留行籽，嘱患者自行按摩耳穴，日数次可使发作自解。

王文静

五　末梢神经炎

末梢神经炎，又称多发性神经炎，是指各种病因引起的全身多数周围神经的对称性损害。主要表现为：肢体远端对称性感觉、运动和植物神经功能障碍。任何年龄均可发病，以青壮年多见，男女发病数大致相等。病程呈急性或亚急性进行，可在几周到几个月内发展。

中医学无此病名，末梢神经炎早期出现疼痛，与“着痹”近似，中晚期与“痿证”近似。《素问·太阴阳明论篇》：“今脾病，不能为胃行其津液，四肢不得享水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉皆无气以生，故不用也，正气不足，复感湿毒之邪，加

以脾胃亏虚，气血无以濡养四肢筋骨，则痿症作矣。”

病因病机

1.湿热浸淫：居处湿地，或冒雨露，或饮食伤胃，嗜酒无度，以致土德不彰，湿蕴而生热；或感染湿热之邪，湿热浸淫，经络阻滞，肢体重着，麻痹不仁。

2.气血瘀滞：湿痰内结，阻滞经脉；或阴虚内热，灼伤精血，或温邪热毒入营，伤津耗血，血行涩滞；或本身气虚血不行，气滞脉不通，而血不能达于肌肤四肢，故麻木不仁，不通则痛。

3.脾气虚弱：素体禀赋不足，脾胃受纳运化功能失常，或久病伤气，邪气深入，荣卫之气运行受阻，荣气虚则不仁，卫气虚则不用，久痹成痿。

4.肝肾亏虚：病久体虚，正气亏损或房劳过度伤及肝肾，或痹证迁延，日久不愈，以致肾精肝血亏损，肝伤则四肢不为人用，精虚不能灌溉诸末，血虚不能营养筋骨，故经脉失其濡润而致痿软无力。

现代医学认为，本病多由感染性（如白喉、菌痢、猩红热、伤寒、感冒、腮腺炎等细菌或病毒感染）、代谢性（如糖尿病、B族维生素缺乏、慢性酒精中毒等）、中毒性（铅、汞、砷、一氧化碳、二硫化碳、异菸肼、呋喃呾啶等）、血管性（动脉硬化、红斑性狼疮、硬皮病等）诸因素引起。其病理变化，主要为周围神经节段性脱髓鞘和轴突变性，以离开细胞体（即营养中枢）最远的远端部分为最重。

临床表现

不同病因引起者各有其临床特点，其共同临床表现是四肢远端对称性的运动及感觉障碍。

典型症状是呈手套、袜子型感觉障碍，最初有刺激症状，在肢端有感觉过敏、烧灼样疼痛，以后则有感觉减退，可以从手、足末端向上伸展。

运动障碍表现为：下运动神经元瘫痪，肌力减退首先发生于肢体近端，以后涉及远端，肌张力减低，腱反射减低或消失，后期出现肌肉萎缩。

营养障碍可有皮肤发冷、光滑、菲薄、干燥易裂，指甲干脆，手汗或无汗等。

辨证施治

1.湿热浸淫证：

主证：四肢肌肤麻木不仁，肢体重着，活动欠便，发热多汗，恶热、得冷则舒，舌苔黄腻，脉濡数。

治则：清利湿热，通经和络。

处方：大椎（－）　曲池（－）　脾俞（－）　阴陵泉（－）　三阴交（－）（双）

上肢麻木，选八邪、后溪、外关；下肢麻木，选八风、足临泣、照海。

穴方简释：大椎，乃督脉经之要穴；曲池，乃手阳明之合穴。两者配伍，共奏清热之效。脾俞、阴陵泉、三阴交，能化湿热以健中州。辅以八风、八邪等穴，以通经和

络。

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法，留针15分钟。

疗程：每日针灸1次，10次为一疗程，一般2～3疗程。

2.气血瘀滞证：

主证：肢体麻木，肿胀疼痛，痛有定处，或如蚁行，手足不温或青紫，舌紫黯，脉细涩。

治则：疏导气血，通络止痛。

处方：肩髃（－） 曲池（－） 合谷（－） 解溪（－） 三阴交（－）

参阅“湿热浸淫证”酌情选配穴。

穴方简释：肩髃、曲池，属手阳明经；解溪，为足阳明经之穴。阳明经多气多血，针刺诸穴有疏导气血之功，气血得以流畅，四肢百骸皆得其养。合谷、三阴交相配，有活血化瘀之功。

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法，留针15分钟。

疗程：每日治疗1次，10次为一疗程，一般2～3疗程。

3.脾气虚弱证：

主证：四肢麻木不仁、痿软，甚则肌肉瘦削、皮肤发冷，爪甲菲薄，并伴体倦乏力，舌胖、质淡、苔薄，脉细弱。

治则：健脾益气，和血通络。

处方：肺俞（＋） 脾俞（＋） 中脘（＋） 足三里（＋） 太白（＋） 公孙（＋）（双）

参阅“湿热浸淫证”酌情选配穴。

穴方简释：肺主气，脾主运化。选肺俞、脾俞，以健脾益气；中脘，为胃之募；足三里，乃足阳明经合穴，有助运化、壮气血之功。太白、公孙有健脾利气和营之效。诸穴共奏良效，脾气得以补充，则荣卫运行通畅。

操作方法：进针得气后，用提插捻转补法。脾俞、肺俞，可进针得气施术后不留针，其余留针15分钟。亦可施以艾灸或温针治疗。

疗程：隔日治疗1次，15次为一疗程，疗程间休息5天继续治疗。

4.肝肾亏虚证：

主证：四肢萎软，麻木不仁，甚或腕足下垂，并有腰膝酸软，头晕目眩，舌质红、苔少，脉弦细。

治则：滋补肝肾，强筋壮骨。

处方：肝俞（＋） 肾俞（＋） 悬钟（＋） 阳陵泉（＋） 太溪（＋）

腕下垂，配天鼎、阳池；足下垂，配委阳、解溪。

穴方简释：肝肾两虚，当取肝俞、肾俞调补二脏精气。肝主筋，故取筋会阳陵泉；肾主骨髓，故取髓会悬钟。四穴相配，能强筋壮骨。补太溪以滋养肾水，精血充盛，经脉得以濡润。

操作方法：进针得气后用提插捻转补法，留针15分钟。

疗程：隔日1次，15次为一疗程，疗程间休息5天继续治疗。

其他疗法

1.水针：取曲池、合谷、手三里、阳陵泉，用维生素B_1、维生素B_{12}混合液或2%普鲁卡因注射液中的一种注射液，选手、足各1穴，每穴各1毫升（2%普鲁卡因液用0.5毫升），隔日1次，15次为一疗程，休息3～5天再继续下一疗程治疗。

2.梅花针：叩刺阳明经穴为主，配合患肢指趾末端穴位。隔日叩刺一次，30次为一疗程。

文献选录

手足麻痹，取足临泣、太冲、曲池、大陵、合谷、三里、中渚。（《针灸大全》）

手臂麻木不仁：天井、曲池、经渠、支沟、阳溪、腕骨、上廉、合谷。胻麻木：环跳、风市。（《神应经》）

两足麻木：阳辅、阳交、绝骨、行间、昆仑、丘墟。（《针灸大成》）

经验选要

上海第一医学院华山医院观察了针灸治疗糖尿病并发神经病变的疗效，以肺俞、胰俞、脾俞、肾俞、太溪为主穴，加灸曲池、足三里。44例患者，经1个疗程治疗，临床症状改善有效率为82.4%；3个疗程后有效率为90%。（1984年）

钱志云用电针治疗56例多发性神经炎患者，在选用上下肢穴位同时，根据脾胃虚弱、气血瘀滞、湿浸肢体的不同辨证分型，随证加减其他穴位。结果，痊愈（治疗1～3次后症状消失，行走活动如常，3个月无复发）29例，好转（症状减轻，有轻微麻木感）11例，无效16例。（1987年）

评述

末梢神经炎，是神经科临床的常见病。目前尚缺乏有效的西药治疗，针灸在该病的治疗中已表现出优势。该病早期主要以麻木、疼痛为主，中医辨证为气血瘀滞证者可由众多原因引起，湿热浸淫证多为感染性；肝肾亏虚，多为代谢性，尤其多见于糖尿病性周围神经病变；脾气虚弱证，通常为晚期有明显的运动障碍。后二型还可有手足下垂、肌肉萎缩等现象。

早期治疗宜用泻法，清利湿热、疏经通络；后期宜针灸并用，补益气血、舒筋活络为主。针刺对麻木、疼痛等症状改善效果显著，而对肌肉萎缩、甚或足下垂、腕下垂者效果欠佳，这时如能配合艾灸或电针，亦有良效。而对于瘫痪后期，手足下垂、肌腱挛缩时梅花针叩刺效果良好。

陈业孟

六　急性感染性多发性神经炎

急性感染性多发性神经炎，又称多发性神经根神经炎，是一组病因尚未明了的综合病征，又称格林-巴利综合征(Guillain-Barre Synrom)。

患者病前常有上呼吸道或消化道感染症状，并常有涉水、劳累及受寒等诱因。其主要临床特征是四肢软瘫，呈对称性分布，近端重于远端，进行性加重，常合并颅神经麻痹；脑脊液呈蛋白-细胞分离现象。一般发病男多于女，约为2：1，可发生于任何年龄，以青、中年多见。秋末冬初发病较多。

中医学将本病归于痿证范畴。

病因病机

1.暑湿浸淫：盛夏暑气当令，气候炎热而潮湿，因过劳而频频汗出，津液亏耗，致使正气不足以抗邪，暑湿浸淫筋脉，影响气血运行布达，以致筋脉肌肉弛纵不收，因而致痿。

2.湿热阻络：由于素体虚弱，久居湿地，或冒雨涉水，感受湿邪，湿留不去，郁久化热，湿热下注，阻遏经络，气血凝滞，筋脉失养，发为痿软之症。

3.肺热伤津：风热之邪，侵袭人体，肺卫首当其冲。风热均为阳邪，两阳相劫，热势炽盛，肺受热灼，津液耗伤，而不足以敷布全身，筋脉失于濡养，而致下肢痿软不用。《素问·痿论篇》有"肺热叶焦，发为痿躄"的记载，指出肺热伤津是引起本病的主要原因。

4.肝肾亏虚：久病体虚，正气亏损，精血耗伤，不能灌注四肢，经脉失于濡润而致痿证。

现代医学目前对其病因常不清楚，可能由病毒引起，亦有认为是自体免疫反应性疾患。病变主要在周围神经及脊髓，脑干亦可受累。均可有不同程度水肿，特别是神经根发生明显水肿，呈节段性髓鞘坏变，轴突扭曲、破碎。

临床表现

本病起病急骤，起病前有短暂的上呼吸道感染，全身乏力，咽痛或腹泻等症状。几天至2～3周后，出现神经症状，主要表现为四肢由远端向近端扩展的发麻与无力。患者虽然自觉发麻，但客观的感觉减退并不明显，往往有腓肠肌触痛与屈髋伸膝试验阳性。运动障碍发展较快，常在数日内发展到顶峰，瘫痪两侧对称，近端常重于远端。肌张力降低，腱反射降低或消失。颅神经损害时，以运动障碍为主，可以产生双侧面瘫，也有发生吞咽困难和眼肌麻痹者，严重的病侧累及肋间肌和膈肌，导致呼吸困难。括约肌功能大多不受影响。腰穿脑脊液检查，蛋白定量明显增加，而细胞计数正常，即蛋白-细胞分离现象，这对本病的诊断具有重要价值。

辨证施治

1.暑湿浸淫证：

主证：四肢软瘫，或四肢麻木，胸部束带感，精神倦怠，气短胸闷，汗出不畅，口渴不欲饮，舌苔白腻或薄黄腻，脉濡滑而数或脉虚大。

治则：清暑利湿，益气通络。

处方：大椎（－）　曲池（－）　合谷（－）　中脘（－）　气海（－）　足三里

（－） 支沟（－） 阴陵泉（－）（双）

热偏重者，加陷谷、内庭；湿偏盛者，加脾俞、三阴交；暑湿已去、而四肢软瘫较重者，取肩髃、臂臑、曲池、阳溪、合谷、环跳、伏兔、梁丘、足三里、三阴交、解溪等穴，酌情选用。

穴方简释：大椎为督脉与足三阳之会，有解暑、益气、清热之功；取中脘、足三里，以和中健胃、化湿降浊；气海、阴陵泉，可益气化湿；曲池、合谷、足三里，为手足阳明经穴，可疏调阳明经气，以通经活络；又取手少阳经穴支沟，通调三焦气化，配合诸穴以收清暑利湿之效。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转泻法。体质虚弱者，泻后宜补。留针20～30分钟。

疗程：每日针灸1次，10次为一疗程，疗程间休息5～7天，再开始第2疗程治疗。

2.湿热阻络证：

主证：四肢酸沉乏力，进而瘫软痿废，或四肢麻木、酸痛，或有胸部束带感，或面瘫口眼㖞斜，口苦粘腻不爽，口渴不欲饮水，腹胀食欲不振，小便短赤，舌苔黄腻，脉濡数或滑数。

治则：清利湿热，通经活络。

处方：中极（－） 阴陵泉（－） 丰隆（－） 足三里（－） 腕骨（－）（双）

口眼㖞斜者，加阳白、攒竹、四白、地仓、颊车；湿热已去、四肢瘫软痿废较重，酌情选取肩髃、臂臑、曲池、外关、合谷、髀关、伏兔、阴市、阳陵泉、解溪等穴。

穴方简释：中极为膀胱之募，又系任脉与足三阴经交会穴，功擅清利湿热，培元翊助气化；腕骨为手太阳经原穴。可清热利湿疏筋；阴陵泉通利水道，丰隆导湿热下行，足三里疏调中转之枢。共奏益脾胃、和气血、祛邪而扶正之效。经络通利，气血得以濡养筋脉，则痿可趋复。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转泻法。留针20～30分钟。

疗程：每日针灸1次，10次为一疗程，疗程间休息5～7天，再开始第2疗程治疗。

3.肺热伤津证：

主证：开始多有发热，突然出现肢体软弱无力，唇干肤燥，毛发不荣，心烦口渴，咳呛咽干，小便黄少，大便干，舌质红、苔黄，脉细数。

治则：清热润燥，养肺益胃。

处方：肺俞（－） 身柱（－） 尺泽（－） 气海（＋） 肩髃（－） 曲池（－） 合谷（－） 髀关（－） 足三里（＋）（双）

咳呛咽干者，加天突、照海。

穴方简释：取肺俞、尺泽，清肺热以生津液，身柱为督脉俞穴，配气海养肺益气；阳明为五脏六腑之海，为多气多血之经，故取肩髃、曲池、合谷、髀关、足三里以疏调阳明经气，行气和血，益胃养阴。

操作方法：进针得气后，一般施以提插捻转泻法，留针20～30分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程，疗程间休息5～7天，再开始第2疗程治疗。

4.肝肾不足证：

主证：起病较缓，肢体痿软无力，腰膝酸软，眩晕、耳鸣，胸部有束带感，舌红、少苔，脉细数或弦细。

治则：补益肝肾，滋阴清热。

处方：肝俞（＋） 肾俞（＋） 秩边（＋） 太溪（＋） 气海（＋） 三阴交（＋） 足三里（＋）（双）

眩晕耳鸣者，加百会、风池、中渚。

穴方简释：肝俞、肾俞，可调补二脏精气；气海，可益元固精、调理下焦气机；三阴交，滋阴柔肝，配合肾经原穴太溪，其滋阴除热之功更著，使肾阴足以养宗筋；秩边与足三里，疏通经络、补中寓泻，相辅相成，养血柔筋，故痿躄可除。

操作方法：进针得气后，一般施以提插捻转补法，若内热盛者，宜先泻后补，留针20～30分钟。

疗程：每日针灸1次，10次为一疗程，疗程间休息5～7天，再开始第2疗程治疗。

其他疗法

水针：上肢，取肩髃、肩贞、曲池、合谷、外关；下肢，取环跳、髀关、足三里、阳陵泉、绝骨；全身虚弱及躯干肌瘫痪，取风池、肝俞、脾俞、肾俞；面瘫，取地仓、颊车、攒竹；呼吸肌、吞咽肌瘫痪，取廉泉、人迎、膈俞、膻中、哑门；尿失禁或尿潴留，取气海、关元、肾俞、三阴交。用三磷酸腺苷、辅酶A、维生素B_1及B_{12}、加兰他敏、奴佛卡因各1支，混合后分4～6个穴位注入。穴位注射，可与针刺交替进行，每日1次，15次为一疗程，休息2～3天再继续下一疗程。

文献选录

"手腕无力：列缺。"（《神应经》）

"手麻痹不仁：曲池、支沟、臑会、腕骨。"（《针灸大成》）

"杂病歌：胸胁膜满及筋缓，无力皮肤枯燥病，曲池先泻后补宜，肩髃平三里为证。"（《针灸聚英》）

经验选要

赵兰等，用针刺和三磷酸腺苷药物穴位注射治疗50例小儿急性感染性多发性神经根炎。分针刺加穴注组与对照组（激素、抗生素、维生素、三磷酸腺苷等药物静滴或肌注）。针刺与穴注交替进行，每日1次，15次为一疗程。以手足阳明经穴为主，适当配合手少阳、足太阳、足少阳经穴位。全身虚弱及躯干肌瘫痪，取风池、肝俞、肾俞、脾俞；面瘫，取地仓、颊车、攒竹；呼吸肌、吞咽肌瘫痪，取廉泉、人迎、膈俞、膻中、哑门；尿失禁或尿潴留，取气海、关元、肾俞、三阴交。治疗结果：针刺加穴位注射组痊愈23例（46％）；显效16例（32％）；好转11例（22％）。对照组：痊愈2例，显效

5例，好转31例，无效5例，死亡7例。针刺加穴位注射组疗效显著优于非针灸组（$P<0.005$）。（1983年）

评述

中医所称痿证，是以肢体软弱无力，筋脉弛缓废用，久则肢体肌肉萎缩，甚则不能行动的一种证候。临床上以下肢痿软为多见，故有"痿躄"之称。现代医学的急性感染性多发性神经炎、急性脊髓炎、重症肌无力、进行性脊肌萎缩，均属于痿证范畴。虽然现代医学之诊断病名各不相同，而皆为中医之"痿证"，但根据辨证则又各异，故其施治也就因之而殊。如本病中虽以暑湿浸淫、湿热阻络、肺热伤津、肝肾不足诸证常见，但也有素体阳虚，或肺肾气虚之人，突然感受寒湿之邪，致使寒湿下注，稽留脉络之中，气血为寒湿所阻，筋骨失于温煦濡养而成痿证。若进而耗伤阳气，则呼吸困难，唇甲青紫，演致肺肾阳衰的危证。故针灸诊治亦应因证因人而灵活变通，不可墨守成规，贻误病机。

帖亚林　王碧如

七　坐骨神经痛

坐骨神经痛，为一临床综合征，表现为沿坐骨神经通路及其分布区域的放射性疼痛，即在臀部、大腿后侧、小腿后外侧和足外侧的疼痛，可由多种病因引起。

病员男性多于女性，以青壮年居多。起病方式可呈急性、亚急性或慢性。原发性坐骨神经炎病程短、预后好。

中医学素无坐骨神经痛的病名，根据病状特征，属于痹症范畴。

病因病机

由于腠理空虚，营卫不固，感受寒湿之邪，其邪凝滞，经脉受阻，气血运行不畅而为寒湿痹症。如素为阳盛之体，内有蕴热，感受风寒湿邪，易于化热，形成湿热痹证。或因腰部用力不当，如弯腰负重，或提举重物，或肩荷重担，挫闪损腰，均可导致局部损伤，以致气滞血瘀，经脉不通，不通则痛，而为瘀血阻络之征。如迁延日久，病邪固着，病势缠绵难愈，久病则气血不足，筋脉失养，以致出现臀肌或腓肠肌萎缩，则符合肌痹的临床特征。

引起坐骨神经痛的原因甚多，主要分为原发性或继发性两类。原发性坐骨神经痛又称为坐骨神经炎，主要是神经间质性炎症引起，常与受寒、感染因素有关。继发性坐骨神经痛，为该神经通路的邻近组织病变所引起，如腰椎间盘脱出、腰骶增生性脊柱炎、椎管内肿瘤等病变，常使神经根部产生机械性压迫而导致疼痛，称为根性坐骨神经痛。而某些盆腔病变（如肿瘤、结核、脓肿等），或梨状肌损伤或痉挛、糖尿病性神经炎、酒精或砷中毒等因素产生的疼痛，则称为干性坐骨神经痛。

临床表现

1.坐骨神经炎：起病急骤，开始疼痛并不剧烈，但很快出现沿着坐骨神经通路剧烈

疼痛。疼痛部位，多由臀部或髋部开始，向远端扩散。患者常有特殊的减痛姿势，睡时常屈膝向健侧卧；起立时常从健侧着力，以手支腰，站立时常弯曲病肢而将全身重心移至健侧。直腿抬高试验（拉塞格氏征）显著阳性。

2.根性坐骨神经痛：起病较为缓慢，患者多有较长时间的下背部疼痛或腰酸。常因咳嗽、喷嚏、弯腰或震动而使疼痛加剧。多在病变水平的棘突间隙或横突上有压痛，但在坐骨神经的通路上及腓肠肌部则无明显压痛。腰椎前凸消失，腰椎侧弯向病侧。直腿抬高试验（拉塞格氏征）不一定呈阳性反应。

3.干性坐骨神经痛：临床表现与坐骨神经炎症状相似，但多数起病缓慢而有明显的肌肉萎缩和感觉缺失。

辨证施治

1.寒湿阻络证：

主证：腰腿冷痛重着，痛甚时如锥如裂，遇寒则痛剧，患肢活动不利，静卧时疼痛不减，舌质淡、苔白腻，脉沉紧或沉缓。

治则：散寒祛湿，温经止痛。

处方：肾俞（△） 大肠俞（－） 秩边（－） 环跳（－） 殷门（－） 委中（－） 阳陵泉（－） 昆仑（－）

腰骶部痛甚者，加小肠俞、次髎、白环俞；腰痛拘急、不可仰俯转侧者，加腰2～5夹脊；痛以尻部经臀沿股后，向腘、腓，外踝后放散者，加承扶、承山、附阳；痛从腰尻经髀枢沿股外侧、小腿外侧向外踝前等处放散者，加绝骨、丘墟、足临泣。也可根据具体症状及病位采用阿是穴治疗。

穴方简释：腰为肾之府，灸肾俞可补益肾气，针用补法或灸之。能祛除腰部寒湿、膀胱之脉，挟脊抵腰络肾，入腘贯腓内，循经选取大肠俞、秩边、殷门、委中、昆仑，以通调足太阳经气。若病邪留滞于髀枢、股外侧、小腿外侧，循经选取环跳、阳陵泉、绝骨等以通调足少阳经气。

操作方法：进针得气后施以提插捻转泻法，留针20～30分钟；也可用温针针后加艾条熏灸常获良效。

疗程：每日针灸1次，10次为一疗程，中间休息3～5天，开始下一疗程治疗。

2.湿热阻络证：

主治：腰腿酸麻胀痛，痛甚时如烧如灼，患肢活动不利，心烦口渴，舌质红、苔黄腻，脉弦数。

治则：清热利湿，通经活络。

处方：膀胱俞（－） 秩边（－） 环跳（－） 风市（－） 委中（－） 阳陵泉（－） 飞扬（－）

患肢灼热、遇热则甚者，配大椎、曲池；痛甚，取人中、委中。其他见证，可参考上证选穴。

穴方简释：膀胱为州都之官，气化所出，湿热蕴结，其气失司，故取膀胱俞以疏调足太阳脉气所发，刺此以疏泄足太阳之气。阳陵泉，为胆经合穴，泻阳陵泉以疏泄肝胆

经气，奏理气止痛之功。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转，留针15～20分钟。

疗程：每日针刺1次，10次为一疗程，疗程间休息3～5天，再开始下一疗程治疗。

3.瘀血内阻证：

主证：初起腰部疼痛，痛处拒按，继则疼痛牵引到大腿后至足跟。咳嗽、排便、行走等均可使疼痛加剧，坐卧屈膝时疼痛则减，舌质紫暗或有瘀斑，脉象沉涩。

治则：活血化瘀，通经活络。

处方：病变水平的夹脊穴（－） 秩边（－） 次髎（－） 环跳（－） 殷门（－） 委中（－） 昆仑（－）

腰脊强痛，腰阳关、大钟。阿是穴随证选用。

穴方简释：委中，又名血郄，合次髎，以疏利膀胱经气，瘀血内阻之证最宜。环跳、秩边，可利枢机、疏调下肢气血。适当深刺夹脊穴，使针感下传，以除深邪远痹。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转，感应迟钝者，得气后，宜先补后泻，若在疼痛较剧时亦可采用“龙虎交战”手法，留针20～30分钟。

疗程：急性期每日针1次，症状缓解后可间日1次，10次为一疗程，疗程间休息3～5天，再开始下一疗程治疗。

其他疗法

1.耳针：取坐骨、臀、神门、肾上腺、腰椎、骶椎，中强刺激，留针10～30分钟，隔5分钟捻转1次。每日或隔日1次，也可用埋针法埋针3～7天。

2.微波针：分三组取穴。一组环跳、居髎、阳陵泉为主穴，肾俞、大肠俞、承山为配穴；二组秩边、委中、承山为主穴，肾俞、命门、关元俞、太溪为配穴；三组肓俞、关元、太冲为主穴，中脘、足三里、三阴交为配穴。

针刺得气后，接DBL-微波针灸仪，调整输出功率，以无刺痛为宜，每穴刺激5～20分钟，至穴位周围红晕为止。

3.水针：①取秩边，或环跳、殷门、阳陵泉，用维生素B_1注射液100毫克加维生素B_{12}注射液250微克，分注2～3穴，每穴注射1毫升，每日1次，2周为一疗程。②取秩边、环跳、承扶、承山，用复方当归注射液选2～3穴分注，每穴注射0.5～1毫升，每日1次，2周为一疗程。

文献选录

“腰以下至足，清不仁，不可以坐起，尻不举，腰俞主之。”“髀痹引膝股外廉痛，不仁，筋急，阳陵泉主之。”（《针灸甲乙经》）

“腰脚痛：环跳、风市、阴市、委中、承山、昆仑、申脉。”（《神应经》）

“腰脚疼痛：委中、人中。”（《针灸大成》）

“腰不遂：上髎、环跳、巨虚下廉。”（《普济方》）

经验选要

吴经伟用针刺治疗坐骨神经痛400例，以大肠俞、关元、环跳、臀正中（腰俞穴平外量 4 寸处）为主穴，行雀啄术，不捻转，针感“气至病所”为度。400例中，痊愈352例（占88%），显效41例（占10.25%），进步 3 例（占0.75%），无效 4 例（占 1 %），总有效率99%。（1986年）

王秀珍用刺血疗法治疗坐骨神经痛100例，用消毒后16号三棱针在下腰部与下肢部所选穴位上或穴位周围显露的静脉血管点刺出血，并拔罐。100例中，77例痊愈，显效10例，好转 9 例，无效 4 例。有效率占96%。（1982年）

蒋幼光等针刺治疗干性坐骨神经痛103例。主要依照经络辨证取穴，病太阳经者取：肾俞、秩边、殷门、委中、承山、昆仑。病少阳经者取：环跳、风市、阳陵泉、陵下（腓骨小头下 1 寸）、悬钟；本组106例获痊愈53例(50.0%），显效35例（33.0%），有效17例（16 0%），无效 1 例（1.0%）总有效率99%。（1982年）

评述

坐骨神经痛是由多种病因引起，是一个症候群，并非一个独立的疾病。

现代医学目前对本病尚无特殊治疗方法，多先采用保守治疗：卧床休息，止痛剂硬脊膜外封闭，牵引等方法。若保守治疗无效或经常反复，病程迁延者，可考虑手术。继发性坐骨神经痛非手术治疗，疗效优者占 5 ～ 7 %，良者占13～15%，中等占20～30%，无效者占35～50%。

据近十年国内资料的不完全统计，单纯用针灸治疗坐骨神经痛，痊愈率平均为47.12%，总有效率95.5%，无效 1 ～11.3%。显著优于其他疗法，而且安全经济。针灸后有立即镇痛的效应，又能促进其功能恢复。

但由于坐骨神经痛的病因复杂，临床疗效存在着差异，原发性者针刺效果显著优于继发性者，所以对继发性坐骨神经痛应查明病因，采用适当治疗，可以提高针灸治疗效果。如子宫附件炎所致的干性坐骨神经痛，除按原辨证处方治疗外，可加取中极、三阴交、太冲等穴。如为动脉内膜炎而致股动脉闭塞引起的坐骨神经痛，应以消除动脉内膜炎为目的，加取髀关、伏兔、阴市、风市、中渎、足三里等穴。如肿瘤、脓肿、结核等所致坐骨神经痛，应请专科治疗。

针灸治疗坐骨神经痛，首先要根据辨证确定相应的治则，其次选穴处方，施以不同手法。主穴和配穴，要依据脉证变化相应加减、轮换，如果长期针灸某些俞穴，可以导致经穴本身功能疲惫，经穴难以继续发生效果。

其他疗法如：推拿、按摩、穴位封闭、激光针、微波针、红外线、短波照射，碘离子透入均对本病有一定疗效，临床中亦可选用，配合治疗。

帖亚林　王碧如

八　截瘫

截瘫是专指脊髓损伤，神经机能障碍而引起的四肢或下肢痿软瘫痪而言，无疼痛症候，是脊髓疾病中常见的一个症状。临床中有外伤性截瘫与非外伤性截瘫之分。本病多见于青壮年。针灸治疗本病有一定效果，近年来针刺治疗急性横贯性脊髓炎及脊柱外伤所致的截瘫报道较多。本病属于中医的痿证范畴。

病因病机

1.肺热伤津：风热之邪侵袭人体，肺卫首当其冲。风热均为阳邪，两阳相劫，热势炽盛，肺受热灼，津液耗伤，津液缺乏，不足以敷布全身以濡养筋脉而致下肢痿软不用。《素问·痿论篇》有："肺热叶焦，发为痿躄"的记载，指出肺热伤津是引起本病的主要原因。

2.外伤督脉：脊柱突然受外力所伤，致使脊柱骨折受损，由于督脉"贯脊络肾"，所以督脉受损后肾气损伤，瘀血阻滞不通，不能濡养下肢而致瘫痪不仁。

3.脾胃虚弱：素体脾胃虚弱，或因病致虚，脾胃受纳运化功能失常，津液气血生化之源不足，肌肉筋脉失养，而致下肢肌肉筋脉痿软不用。

4.肝肾阴虚：督脉受病，肾气亦伤，肾主藏精，肾伤则精失所藏，精血互生，精伤而血亦不足。肾阴虚亏，肝失滋养，肝血不足，筋失濡润，故筋脉拘挛而肢体瘫痪。

5.肾督虚衰：腰脊受损日久，肾气耗伤益甚。督脉总督一身之阳，督脉受损，必致阳气虚衰，不能温煦肢体，而致肌萎肢冷，肢体瘫痪。

现代医学认为，急性脊髓炎、脊髓血管病变、脊髓外伤以及脊髓结核、肿瘤等脊髓压迫，常是导致截瘫的主要原因。炎症的病理变化，为病变区域的炎症细胞渗出、血管周围结缔组织或胶质细胞增生和神经纤维的脱髓性变。脊髓血管病变可分为缺血、阻塞、出血和畸形等。脊髓压迫症引起脊髓损害的机理主要有机械压迫、血供障碍和浸润破坏。

临床表现

脊髓发生横贯损伤时，出现病变水平以下截瘫。胸段病变引起两下肢痉挛性瘫痪，腰段以下病变呈现两下肢弛缓性瘫痪。同时伴有病变水平以下各种感觉缺失。还伴有膀胱、直肠功能和皮肤营养障碍，如小便潴留或失禁，大便秘结或失禁，患肢皮肤干燥、脱屑，汗腺分泌功能异常。久病卧床，护理不善，可引起褥疮。

有些不完全性损伤，根据脊髓内不同结构病损可产生不同的症状，例如前角损害，可引起下运动神经元性瘫痪；锥体束损害常造成上运动神经元性瘫痪；后索的病损产生感觉障碍。

辨证施治

1.肺热伤津证：

主证，初起，常有发热、头痛、全身不适、腰背部酸痛；继则，胸腹部有束带感，双下肢无力，常于数小时或数日内病情急骤发展，成为完全性或不完全性截瘫，伴心

烦、咳呛咽干，小便短赤或潴留，大便干燥，舌质红、苔黄，脉象浮数或浮弦。

治则：清热养肺，生津润燥，通经活络。

处方：

①大椎（－） 曲池（－） 合谷（－） 尺泽（－） 太渊（＋） 商丘（＋）（双）

②大杼（＋） 肺俞（＋） 次髎（＋） 环跳（＋） 髀关（＋） 足三里（＋） 梁丘（＋） 阳陵泉（＋）（双）

取脊髓病灶水平上下（1～2个棘突）的督脉穴或夹脊穴作为局部配穴。二便不利或遗溺不约者，加关元（＋）、中极（＋）、天枢（＋）（双）。

穴方简释：大椎，为手足三阳督脉之会，泻之以清理诸阳热邪；曲池、合谷，为手阳明脉气所发，与肺经相为表里。两穴相配，以清解表热，又能清肃肺金。尺泽，为肺经合穴，属水，故邪热灼肺时，以泻其子；太渊，为肺经原穴，补之能益肺生津；商丘，为足太阴原穴，以其经脉相通，则可补益肺阴。本组处方宜初期使用。若热退而下肢痿软不用，应宗前人"治痿独取阳明"之说，选用髀关、梁丘、足三里等穴，以壮五脏六腑之海，而滋气血生化之源，俾润宗筋。大杼，为骨会，有疏筋壮骨之功。肺俞、肾俞，以养肺滋阴；佐用次髎，环跳、阳陵泉，以通经活络。

操作方法：进针得气后，行提插捻转补泻手法。督脉俞穴，进针时选取棘突的稍上方处进针，向内下方斜刺，呈45°角，向棘突下方的椎间隙深部刺针，留针20～30分钟。

疗程：每日针灸1次，10次为一疗程，疗程间休息5～7天。

2.瘀血阻滞证：

主证：因外伤而致脊柱骨折或脱位，受伤局部肿胀疼痛，下肢截瘫，筋脉肌肉萎软，肌肤不仁，二便不利或失禁，脉沉弦或沉涩，舌质暗，苔薄白。

治则：活血化瘀，通经活络。

处方：大椎（－） 筋缩（－） 长强（－） 百会（－） 风府（－） 腰俞（－） 后溪（－） 申脉（－）（双）

参阅"肺热伤津证"选取配穴。

穴方简释：大椎，为手足三阳经与督脉之会，可宣通诸阳而疏通督脉经气，以活血化瘀；长强，为督脉之络穴，别走任脉，有通任督，调肠腑之功；风府，可通窍活络；筋缩、腰俞，均为督脉脉气所发；百会，可升阳固脱。二便失禁时，取下病上取之意。申脉，为八脉交会穴之一，通于阳跷，有舒筋脉之功。后溪，也可舒筋脉而通督脉。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转，初期可使用泻法，后期可使用补法，留针20～30分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程，疗程间休息5～7天，再开始第2疗程治疗。

3.脾胃虚弱证：

主证：下肢截瘫，肌痿不仁，食欲不振，口干便溏，或二便失禁，面色不华，倦怠肢凉，舌质淡红、苔薄白，脉象细缓。

治则：益气健脾，养血强筋。

处方：脾俞（＋） 章门（＋） 中脘（＋） 足三里（＋） 髀关（＋） 上巨虚（＋） 解溪（＋） 三阴交（＋）（双）

参阅“肺热伤津证”选取配穴。

穴方简释：脾俞与章门，俞募相配，可加强健脾益气的作用；胃募中脘，与胃经合穴足三里相配，施以针刺或艾灸，使脾阳运化有权。髀关、上巨虚、解溪，为足阳明脉气所发，取之以宗“治痿独取阳明”之训。三阴交，为足三阴的交会穴，补之不仅可益气健脾，且可以补益肝肾，在补中又寓有舒筋之意。

操作方法：针刺得气后，施以补法或采用温灸、艾炷灸，留针20～30分钟，每穴温灸5～10分钟，艾炷灸5～10壮。

疗程：每日针灸1次，10次为一疗程，疗程间休息5～7天，开始第2疗程治疗。

4.肝肾阴虚证：

主证：下肢截瘫，筋脉拘挛，头晕耳鸣，皮肤干燥，甚至肌肤甲错，口干，二便失禁，或大便干燥，舌红、少苔，脉象弦细或细数。

治则：补益肝肾，滋阴清热。

处方：取肾俞（＋） 太溪（＋） 悬钟（＋） 阴陵泉（＋） 环跳（＋） 关元（＋） 肝俞（＋） 曲泉（＋） 膝关（＋）（双）

参阅“肺热伤津证”选取配穴。

穴方简释：肾俞，以补益肝肾，并取筋会阳陵泉、髓会悬钟；太溪，为肾经原穴，以滋阴清热。关元为足三阴与任脉之会，用以补摄下焦元气。佐用环跳、曲泉、膝关以通经气。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转补泻手法，留针20～30分钟。

疗程：每日针灸1次，10次为一疗程，疗程间休息5～7天，然后开始第2疗程治疗。

5.肾督虚衰证：

主证：下肢截瘫日久，肢体痿废不用，恶寒肢冷，二便失禁。面色苍白，晦暗而无光泽，语声低微，舌质淡胖、苔白，脉沉迟。

治则：温补肾督，兼养精血。

处方：命门（＋） 阳关（＋） 肾俞（＋） 关元（＋） 气海（＋） 神阙（△） 然谷（＋） 复溜（＋）（双）

参阅“肺热津伤证”选取配穴。

穴方简释：补命门、腰阳关，以益肾中真阳；取肾俞，以振奋肾气而益精血；关元，乃足三阴、任脉之会，为人身元气之根；气海，以生发原气；神阙，温下焦以补元阳；然谷、复溜，皆足少阴脉气所发，以补肾益精。诸穴合用，以温补肾阳、充益精血。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转，使用补法，留针20～30分钟。或用温灸，腹部穴位针后可加用艾炷灸3～5壮。

疗程：每日1次，每10次为一疗程，疗程间休息5～7天，开始第2疗程治疗。

其他疗法

1. 芒针： ①一般病人均须自大椎沿脊正中线皮下向下透刺至病损脊椎。如遇阻力，不能一次刺达要求部位时，可视情况分段透刺 2 ～ 3 针。②自病损脊椎两侧的夹脊穴，沿脊椎两旁向下透刺，直至骶髂关节。

视不同瘫痪肌群和关节活动能力，酌加其他穴位。肩臂外展肌瘫痪，肩髃透三角肌；肘关节屈肌瘫痪，举臂透肱中；肘关节伸肌瘫痪，肩髃透臑上；腕下垂，曲池透偏历；指曲屈，合谷透劳宫、后溪；髋关节屈肌瘫痪，五枢、外阴廉；髋关节伸肌瘫痪，秩边透环跳；大腿内收肌瘫痪，后血海透解剪；大腿外展肌瘫痪，跳跃透居髎或膝阳关透风市；膝关节伸肌瘫痪，项上透伏兔；膝关节屈肌瘫痪，委中透殷门；下垂足，足三里透下巨虚；仰趾足，委中透承山；足内翻，阳陵泉透绝骨；足外翻，飞扬透交信。

针刺体位要适当。刺背部最好取坐位，腰背宜挺直，须略低头，其余部位视需要可取俯卧或仰卧位。每天或隔天治疗 1 次。如须每天治疗，最好背部穴位和四肢穴位拟定 2 ～ 3 组处方，轮流使用。

2. 电针： 先选用同侧损伤节段上、下的常用穴 1 对，也可以取病损节段上左、右各 1 穴，以后按瘫痪神经及肌群，选用局部穴。弛缓性瘫痪者，宜用强电短暂冲击 3 ～ 5 次，每次 1 ～ 3 秒；痉挛性瘫痪者，宜用较强高频脉冲电持续刺激 5 ～10分钟。

3. 水针： 取夹脊穴或背俞穴或四肢穴。酌情选用以下适当药物 1 ～ 2 类。每天或隔天 1 次，每穴 1 ～ 2 毫升。①脊髓兴奋药：回苏灵 8 毫克；5 %r-氨酪酸1.5～ 3 毫升。②神经营养药：维生素 $B_1$100～200毫克；维生素 $B_6$50～100毫克；维生素 B_{12}0.1～0.5毫克；烟酰胺100毫克。③中药：3 %当归液或15%当归、川芎、红花合剂。④其他药：三磷腺苷20毫克或肌苷100毫克。

文献选录

"肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄著，则生痿躄也；心气热，则下脉厥而上，上则下脉虚，虚则生脉痿，枢折挈，胫纵而不任地也；肝气热，则胆泄口苦，筋膜干，筋膜干则筋急而挛，发为筋痿；脾气热，则胃干而渴，肌肉不仁。发为肉痿；肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。"（《素问·痿论篇》）

"痿厥，身体不仁，手足偏小。先取京骨，后取中封、绝骨，皆泻之。"（《针灸甲乙经》）

"手足麻痹，不知痒痛：太冲、曲池、大陵、合谷、三里、中渚。"（《针灸大成》）

"足麻痹：环跳、阴陵泉、阳陵泉、阳辅、太溪、至阴。"（《神应经》）

"瘫痪：肩井、肩髃、曲池、中渚、合谷、阳辅、阳陵泉、足三里、昆仑。"（《类经图翼》）

经验选要

刘锡民等采用脊髓腔电针法治疗急性横贯性脊髓炎（非外伤性截瘫）28例。取穴：

脊髓病灶水平上下1～3个节段相应的椎间隙；第2腰椎以下椎间隙，骶管。每次一般取2穴进针，针达蛛网膜下腔（有落空感）。

结果：显效20例，占71.43%，对照组（以中西药物综合治疗）32例，显效14例，占43.75%，两组有显著差异（P<0.05）。（1979年）

天津市中医院针灸科截瘫小组、天津市中医研究所针灸经络研究室，用针刺综合疗法治疗外伤性截瘫100例，绝大多数为弛缓性。取穴以损伤平面上（1～2个棘突）、下（1～2个棘突）的督脉穴或夹脊穴为主穴，并配四肢穴位。

结果：基本痊愈22例，显著进步13例，进步58例，有效率93%。（1979年）

陈慰苍用针灸治疗8例急性脊髓炎引起的截瘫，先取肾俞、大肠俞、次髎、环跳、秩边，用捻转提插强刺激手法后，加以温灸。再取关元、中极、气冲、足三里、阳陵泉、太溪等穴，用捻转提插弱刺激手法后，亦可加温灸。结果，痊愈5例，好转3例。（1981年）

评述

“治痿独取阳明”为治痿主法，但不究其病因病机而仅崇一法，临床中难获良效。《灵枢·热病》篇谓：“病先起于阳，后入于阴者，先取其阳，后取其阴。”在辨证选穴时，结合选取病灶局部的背俞穴，是提高针刺治疗的关键。

《针灸大成》告诫我们：“治法因乎人，不因乎数，变通随乎症，不随乎法。”所以我们在治疗截瘫时，也应因人因症制宜，除在补益阳明气血之外，或清热养肺，生津润燥；或活血化瘀，通经活络；或益气健脾，养血强筋；或补益肝肾；或温补肾阳。根据患者的具体症状及脏腑内外关系，经络分布走向，灵活辨证选穴配方，以取得更佳效果。完全性截瘫应加强意识锻炼和被动运动，不完全性者更须主动锻炼运动功能。

帖亚林　王碧如

九　神经性头痛

神经性头痛，是指长期焦虑、紧张或疲劳等因素，而致颈项部、头部肌肉的持久收缩和相应动脉的扩张而产生的头痛，又称肌肉收缩性头痛或紧张性头痛。

本病是头痛中最常见的一种类型，患者往往还有头部沉重、发胀或压迫感。与血管性头痛并存时称为混合性头痛。

由于头痛的病因甚多，涉及到临床内、外、妇、儿、五官、口腔等科，所以诊治头痛，首先应详细询问病史，仔细检查，探求病因，方有利于诊治。虽病史资料可提供诊断线索，但决不能据此而下结论。例如：有器质性改变的头痛患者，也可伴有神经衰弱的症状，因此对每个头痛患者进行全面的体格检查及有针对性的选择实验室检查，对鉴别诊断是十分必要的。

本病属中医学的头痛、头风范畴，针灸治疗本病有较好疗效。

病因病机

1.风湿头痛：感受风寒湿邪，滞留于头部经络，气血瘀阻，遂致头痛。若风寒得解，

则其痛停止，但因湿邪内伏，每遇阴雨天气，湿邪加重，蒙蔽清窍，清阳不升而致头痛。

2.肝阳头痛： 情志郁怒，气郁化火，肝阳偏亢；或肾阴素亏，水不涵木，肝阳上潜，风阳旋扰而致头痛。

3.痰浊头痛： 平素体质肥胖，偏嗜肥甘，湿盛生痰，痰浊阻遏经隧，清阳不展而致头痛。

4.血虚头痛： 久病体虚或失血之后，血虚不能上荣脑髓，脉络空虚而为头痛。

现代医学认为，本病是由于颈部、头皮、肌肉损伤或持续收缩、颅内或颅外动脉扩张而致。有人认为与内分泌功能障碍、变态反应或对组织胺过敏有关。

临床表现

神经性头痛一般位于枕部或枕下部、但也可在颞部、前额部、顶部，甚至整个头部。头痛可为单侧，也可为双侧。多数患者感到紧箍样压迫性钝痛，但也可以不感觉疼痛，而仅有一种紧束感或压迫感。有些患者在梳头或牵扯头发时，也可感到疼痛。其持续时间多为2～3小时，但也有达数日、数月甚至数年之久的。头痛时，头颈部肌肉持久收缩，但并不引起永久性的结构改变。除头痛外，常伴有疲倦、不愉快等感觉。因这种头痛常表现在枕、颈部，故应注意与后颅凹肿瘤、小脑出血、桥脑出血、蛛网膜下腔出血、脑膜炎、颈椎病等区别。

辨证施治

1.风湿头痛证：

主证：头痛因风湿而诱发，头痛如裹，或头胀痛，肢体困重，胸闷纳呆，苔白腻，脉濡。

治则：散风祛湿，通经止痛。

处方：风池（－） 头维（－） 通天（－） 合谷（－） 三阳络（－）（双）

前头痛，加上星、阳白；头顶痛，加百会、前顶；后头痛，加天柱、后顶；偏头痛，加丝竹空、率谷、太阳。

穴方简释：通天，为足太阳经穴，以疏散太阳；风池，和解少阳；、头维合谷，清泄阳明；共收疏风化湿之效。三阳络，可联络手三阳经，故本方可通调三阳经气，使络脉通畅，气血和顺，则头痛可止。

操作方法：进针得气后施以提插捻转泻法，留针20～30分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程，疗程间休息5～7天，再开始第2疗程治疗。

2.肝阳头痛证：

主证：常因精神紧张而发病，头晕胀痛，或头角抽痛，多偏于一侧，心烦易怒，睡眠不安，或面部烘热，目赤口苦，苔薄黄或舌红、少苔，脉眩或细数。

治则：平肝降逆，熄风潜阳。若涉及阴虚者，再加以滋阴。

处方：百会（－） 悬颅（－） 颔厌（－） 太阳（－） 行间（－） 肾俞

（＋）　太溪（＋）（双）

目赤，加关冲放血；面觉烘热，加内庭。

穴方简释：行间，为足厥阴肝经荥穴，泻之以平肝降逆。悬颅、颔厌，为足少阳脉气所发，泻之可清热熄风、镇痛。再配太阳、百会，以宣泻头巅部之经气，以平肝阳诸穴合用，可平肝降逆、熄风潜阳。若阴虚者，补肾俞、太溪以滋肾阴。

操作方法：进针得气后施以提插捻转补泻法，留针20～30分钟。

疗程：每日针灸1次，每10次为一疗程，疗程间休息5～7天，再开始第二疗程治疗。

3.痰浊头痛证：

主证：头痛且胀，或头额昏痛如裹，胸脘痞闷，恶心、呕吐痰涎，便溏，苔白腻，脉滑。

治则：理气化痰，降浊通络。

处方：百会（－）　印堂（－）　中脘（－）　丰隆（－）

呕吐，加内关；便溏，加天枢。

穴方简释：中脘，为胃募；丰隆，为化痰浊之有效穴位。两穴相配，以健运脾胃、理气化痰，降浊以治其本。百会、印堂，为局部取穴，通络止痛以治其标。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转泻法，留针20～30分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程，疗程间休息5～7天，再开始第2疗程治疗。

4.血虚头痛证：

主证：头昏而痛，痛势绵绵，休息痛减，神疲，心悸，面色少华，有久病或失血病史，舌质淡，脉细。

治则：益气养血，活络止痛。

处方：上星（＋）　百会（＋）　血海（＋）　膈俞（＋）　足三里（＋）　三阴交（＋）（双）

头痛缓解后，酌灸肝俞、脾俞、肾俞、气海；若血虚内热者，加内关、太冲。

穴方简释：百会，可益气升阳，配合上星以疏导督脉之气，活络止痛；血海、膈俞，以健脾补血；足三里、三阴交，以益气养血，气血充沛，则髓海得以濡养，而头痛可止。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转补法，留针20～30分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程，疗程间休息5～7天，再开始第二疗程治疗。

其他疗法

1.耳针：取皮质下、额、枕、肾、胆等区域，找敏感点，间歇运针。如头痛顽固者，用强刺激，捻转5分钟左右，也可在找到敏感点后埋针1～7天。

2.刺络拔罐：取腰$_1$～骶$_4$夹脊为主穴，风池、太阳、阳白为配穴。

一般叩打腰$_1$～骶$_4$夹脊，结合叩刺患病局部如头巅以及两手掌及指端。头痛较重者，可选风池、太阳、阳白穴等部位，叩至少量出血，后加拔火罐。

3.水针：取风池、天柱、阳白、攒竹（患侧，根据疼痛部位选之），用当归注射液，也可用维生素B_1、B_{12}，或10%葡萄糖注射液，也可用生理盐水等，每穴0.5毫升，先进针3～5分深，稍迟针即可推药，使有局部放散感，一般隔天注射一次，10次为一疗程。

4.头针：前头痛，取对侧或双侧面部感觉区；后头痛，取对侧或双侧下肢躯干头部感觉区。进针后快速捻转，留针15～20分钟，每日1次，10次为一疗程。

5.手针：分两组取穴。一组前头点、头顶点，配印堂；二组偏头点、后头点，配曲池或太阳。根据疼痛部位选用一组，强针激，留针15～20分钟，间歇捻转，7～10次为一疗程。

6.电针：取太阳、阳白、风池，用2～3伏的弱感应电流，置于施术穴位上（穴位根据头痛部位选择），放稳后即通电。一般在4～5秒钟内完成，每次可刺激三四次，通电时并可向附近穴位移动，有放射感即可。

文献选录

“头风：上星、前顶、百会、阳谷、合谷、关冲、昆仑、侠溪。”（《神应经》）

“头风顶痛：百会、后顶、合谷。”（《针灸大成》）

“偏正头痛：脑空、风池、列缺、太渊、合谷、解溪，上穴均用灸法。”（《神应经纶》）

“偏正头痛及两额角痛：后溪、头临泣、丝竹空、太阳、列缺、合谷。”（《针灸大全》）

“风头眩头痛：天牖、风门、昆仑、关元、关冲。”（《普济方》）

经验选要

焦国瑞针刺治疗神经性头痛73例，局部取穴配合远隔取穴——前额、眉棱骨及前头痛者，取合谷、足三里、行间；偏头痛者，取外关、阳陵泉、悬钟；后头痛者，取昆仑、申脉等；头顶痛者，取内关、大陵、行间、太冲等。每次选局部或远隔穴4～6个左右，每日或隔日针灸1次。治疗结果：痊愈18例，显效28例，进步23例，无效2例，不合统计要求者2例。有效率为97.18%，痊愈显效率为64.8%。（1954年）

金观源用耳穴埋针治疗神经性头痛40例，以皮质下、脑干为主穴，再根据头痛部位及症状选加配穴。巅顶痛者，加肝、项；两颞疼痛者，加胆、太阳；前额痛者，加胃、额；由前头部至后头部痛者，加膀胱、枕；兼有头晕乏力者，加肾、枕小神经（此穴在耳轮结节上缘0.2厘米处的内侧面）；失眠多梦者加心、神门、神经官能点（此穴在口与食道连线的中点处）。每次只埋一侧，选穴3～5穴，埋针5天左右。病情严重者，可两侧交替埋针。治疗结果：显效29例，有效8例，无效3例。（1975年）

蒋秀湘用穴位埋线法治疗血管神经性头痛65例。取穴：太阳、头维、印堂、风池、天应、曲池、合谷、足三里，每次选用2～3个穴位。20天治疗1次，3～5次为一疗程。治疗结果：显效50例，有效11例，无效4例。（1984年）

评述

头位于高巅之处，为“清阳之府”、“诸阳之会”，“三百六十五络，皆上归于头。”又为藏脑重地，故头痛一证，外感六淫之气可以为患；神志失调，气血虚损，脉道不通可以发病。因此，治疗头痛时，必须审证求因，按部分经，辨证施治，方能获取良效。

外感头痛辨证一般不难，疗效也较显著。而内伤头痛辨证治疗尤需慎重，有时还得借助于现代医学相应的检查方法，如头痛进行性加重时，伴有恶心、呕吐、视力减退、神经系统体征或有或无，均应细致地进行眼底检查，以观察有无视乳头水肿，或用超声波探查脑的中线波有无移位。如有视乳头水肿，或脑的中线波移动，则提示有颅内占位性病变存在的可能性，在有条件的情况下，应作头颅X线摄片、脑血管造影、脑室造影、电子计算机断层扫描（CT）等，这对颅内占位性病变的诊断具有十分重要的意义。对于颅内占位性病变，应请专科治疗。

帖亚林　王碧如

十　癫痫

癫痫是一组临床综合征，是由于脑部兴奋性过高的神经元放电而引起的阵发性大脑功能紊乱，可有意识障碍、肢体抽搐、感觉异常或行为紊乱，常反复发作。癫痫为常见的神经症状，发病率约为0.5%。

中医学也有癫痫之名，同时又称痫证、癫疾，俗称羊痫风。有关其病因、证候、诊断和治疗，历代文献都有较多论述。

病因病机

中医学认为，本病的病因病机可概括为痰、火、惊、气、血和先天因素几方面：①积痰：痰与本病的发生有密切相关。初病实证，多由痰热迷塞心窍所致；久病虚证，多由痰湿扰乱神明而致。②郁火：火由五志过极或房劳过度而生。火邪一方面耗损津液，酿成热痰；另一方面触动内伏痰浊，使痰随火上升，阻蔽心包。③惊恐：突然受到大惊大恐，气机逆乱，引动内伏痰浊而蒙心窍。④先天因素：先天肝肾阴血不足，肝气逆乱，神不守舍。四者之中，尤以积痰者最为常见。

西医对原发性癫痫原因尚不明了，继发性癫痫则是继发于脑部或全身性疾病，如大脑发育不全、脑炎、脑寄生虫病、脑血管病、脑肿瘤、颅脑外伤、尿毒症、血糖过低、脑急性缺氧等。

本病发作是由于脑部神经元兴奋性增高而产生猝发性高频率放电所致。

临床表现

癫痫发作大多具有间歇性、短时性和刻板性3个共同特点。临床常见之发作类型有：大发作、小发作、局限性发作、精神运动性发作。

1.大发作： 约半数病人有先兆症状，肢麻、疼痛、手指抽动、突感恐惧，历时数秒

钟，继之发出尖叫，神志丧失而跌倒于地，肢体强直，两眼上翻或偏向一侧。经30秒钟左右，则四肢及面部肌肉强烈抽动，口吐白沫，1～2分钟停止之后渐渐进入深睡；2小时之后，意识清醒，则头昏、疲乏。癫痫大发作，短期内呈持续性，病人始终处于昏迷状态，称为癫痫持续状态。常伴有体温升高，若不及时抢救，中止发作，病人将因衰竭而死亡。

2.小发作：多见于儿童，有短暂的意识丧失，1～2秒钟即过，长者可达数10秒。临床上常表现为面色苍白、动作中断、直视呆立不动、呼之不应、手持物落地。发作过后，可继续原来的活动。

3.局限性发作：多为继发性癫痫。抽搐常限于一个肢体或一侧肢体，发作由手指、面部（尤其是口角）或足趾开始，逐渐向近端蔓延。

4.精神运动性发作：常见于成年人，其特点为发作性精神活动障碍，持续数分钟至数小时不等，有时可长达数天。

脑电图检查，对本病诊断有一定价值。大发作时，可见高波幅棘波、尖波；小发作时，多呈交替出现每秒钟3次的高电位慢波与快速的棘波，称棘慢综合波。精神运动性发作，可出现齿状波、平顶波等。

辨证施治

1.发作期：对处于发作期的患者，首先应区分阳痫和阴痫。阳痫偏于实热，阴痫偏于虚寒。

（1）阳痫：

主证：猝然仆倒嚎叫，声尖而高，瞬息不省人事，两目上视，手足抽掣有力，牙关紧闭。面色初为潮红或紫红，继转青紫，唇色暗青，口中溢出大量白色涎沫。发作后有移时苏醒者，亦有清醒前嗜睡或躁动不安、神志错乱者。舌质红、苔黄腻，脉弦滑数。

治则：清热化痰，熄风定痫。

处方：百会（＋） 印堂（－） 人中（－） 内关（＋） 神门（－） 三阴交（＋） 风池（－） 风府（－） 合谷（－） 太冲（－） 阳陵泉（－）（双）

痰盛，配丰隆。

穴方简释：内风挟痰横窜经络、上蒙心窍、神志昏迷，取百会、人中，以清热开窍而醒脑。内关，为手厥阴之络，又为阴维交会穴；手厥阴经脉下膈络三焦，阴维主一身之里，故有宣通上中二焦气机的作用；加合谷、印堂、风池，以助清热之功。风府，为脑之下俞。针阳陵泉、太冲，并泻肝胆经气，制肝气之横逆，以达熄风定痫之用。取三阴交，以输通脾经经气；神门，乃手少阴心经原穴，可清心以安神。丰隆，为涤痰之要穴。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻方法，其中百会、内关、三阴交得气即出，其余留针15分钟；人中、合谷、神门、印堂均持续捻转运针1～2分钟，以求醒脑开窍。

疗程：以复苏为度，之后按休止期针治。

（2）阴痫：

主证：失神呆滞，不动不语，两眼发直或上视，常见手中物件掉落，也可伴有眼睑、颜

面及肢体的颤动和抽动，其神志丧失5～15分钟即恢复如常，舌淡、苔白腻，脉沉细而迟。

治则：温阳除痰，顺气定痫。

处方：鸠尾（－） 中脘（＋） 内关（＋） 间使（－） 太冲（－） 天突（－） 丰隆（＋） 百会（△） 气海（△） 足三里（＋）（双）

遗溺，配委中。

穴方简释：任脉为“阴脉之海”，督脉乃“阳脉之海”，二脉具有调节全身诸阴阳经经气的作用；脾胃主运化水谷精微，为气血生化之源；百会、气海、足三里，皆有强壮作用，艾柱灸之，意在温补脾胃。内关配丰隆，和胃降痰浊，使神明有主；鸠尾，为任脉之络穴；间使，疏通心包经气，以开窍醒脑；中脘，调理脾胃，以助运化。取太冲、天突，以泻火除烦。诸穴合用，共奏温阳除痰、顺气定痫之功。委中，乃膀胱经之下合穴，补之可约束膀胱，防范遗溺。

操作方法：进针得气后行捻转补泻手法。百会、气海，行艾条薰灸，以红晕为度。

疗程：以复苏为度，之后转入休止期治疗。

2.休止期：

(1) 脾虚痰盛：

主证：食欲不振，腹部胀满，大便溏薄，精神疲惫，神疲乏力，形体瘦弱，咳痰或痰多，或恶心泛呕，或胸胁痞闷，舌质淡、苔白腻、濡滑或细弦。

治则：健脾化痰。

处方：脾俞（＋） 肾俞（＋） 关元（＋） 足三里（＋） 百会（＋） 中脘（＋） 丰隆（－）（双）

恶心泛呕，配上脘（＋）；胸闷，配内关（＋）；乏力、神疲，百会加灸。

穴方简释：本证之本在于脾虚失运，故取脾俞、肾俞培补元气。足三里，运化水谷、生精化血，对真元亦有裨益。百会、关元属任督两脉，能壮气以运血，气血充盈，生化有源。取中脘、丰隆，以涤痰浊。诸穴共伍，以奏健脾化痰之功。上脘，开胃止呕；内关，理气宽胸；灸百会，升提气机，兴奋神情。

操作方法：进针得气后行捻转补泻手法，除丰隆外均得气即出针。百会加灸时，可用艾条薰灸，温透腠理为度。

疗程：每日1次，7～10次为一疗程，休息3～5日再继续下一疗程。

(2) 肝火痰热：

主治：素日心烦急躁，每因焦急郁怒诱发本病，痫止后，仍然烦躁不安，胸胁乳房胀痛，口苦而干，失眠，便秘，或咯痰胶稠。舌质偏红、苔黄，脉弦数。

治则：清肝泻火，化痰开窍。

处方：风池（－） 肝俞（－） 肾俞（＋） 行间（－） 侠溪（－） 丰隆（＋） 内关（＋）

口苦，配胆俞（－）、日月（－）；失眠，配心俞（－）；便秘，配支沟（－）。

穴方简释：风池能疏泄浮阳，配以行间、侠溪，泻肝胆上亢之虚阳，是急则治标之法；更取肾俞调补肝肾，而治其本。取丰隆以化痰浊，内关以清心火。诸穴共伍，以达清肝泻火，化痰开窍之用。胆俞、日月为俞募配穴，以清泻肝胆积热。泻心俞可清心火

以安眠；支沟可通三焦，清除便秘。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻手法，留针15～30分钟。

疗程：每日1次，7～10次为一疗程；休息3～5日，继续针下一疗程。

（3）肝肾阴虚：

主证：痫病频发之后，神志恍惚，面色晦暗，头晕目眩，两眼干涩，耳轮焦枯不润，健忘失眠，腰酸腿软，大便干燥，舌质红、苔黄，脉细数。

治则：滋养肝肾。

处方：肝俞（＋）　肾俞（＋）　关元（＋）　足三里（＋）（双）

头晕，配脑清（＋）；便干，配三阴交（＋）、支沟（－）（双）。

穴方简释：本证乃肝肾之阴血不足，精亏髓虚所致，故取肝俞、肾俞，所谓治病求其本也。关元，乃小肠之"募"穴，有强壮作用，取之扶正以补其虚。脾胃，乃后天之本，气血生化之源，针足三里以滋补化源。

操作方法：进针，得气后行提插补泻手法，留针15～30分钟。

疗程：每日1次或隔日1次，10～15次为一疗程；疗程间休息3～5天再继续下一疗程。

其他疗法

1.挑刺：于长强上5分、1寸、1.5寸三处作挑点。每次挑3穴，每10天1次，3次为一疗程。每次挑点必须与前次的挑痕至少错开1～2厘米。

2.水针：分两组取穴。一组取心俞、意舍、志室，用2％普鲁卡因加50％酒精等量混合液，每穴注射0.5～0.7毫升，内斜进针，得气后注药液。隔日1次，双侧交替使用。注意：①大发作时用；②先作普鲁卡因皮试，如有过敏现象，可改用利多卡因；③每穴斜刺针向督脉，不可过深，防止气胸。

此外，对小发作患者，也可酌情选用5％r-氨酪酸，取穴同上，每穴注射0.5毫升。

二组取大椎、心俞、意舍诸穴两侧的阳性点及鸠尾、哑门，用5％的当归注射液3毫升。每穴注射药液各0.5～0.7毫升，隔日1次，5～7次为一疗程。

3.埋线：取大椎、哑门、翳明、神门，埋入酪制羊肠线2～3厘米的线段，每次取2～3个穴，15天1次，3次为一疗程。

4.耳针：取神门、心、胃、皮质下，以揿针埋贴，同时用小号三棱针于耳背第1条血管点刺放血1～2毫升。热天3日换针一次，冷天7日换针1次。换针3次为一疗程。

5.头针：取运动区、感觉区、足运感区、晕区，平刺入针，快速捻转，每分钟捻240次以上。留针后每3分钟捻转1次，连捻3次后起针。每隔日针1次。5次为一疗程。

文献选录

"癫痫，攒竹、天井、小海、神门、金门、商丘、行间、通谷、心俞（百壮）、后溪、鬼眼。"（《针灸大成》）

"风痫常发，神道须还心俞宁。"（《针灸聚英》）

"鸠尾能治五般痫，鸠尾针癫痫已发……。"（《针灸大全》）

"风痫，百会、上星、身柱、心俞、筋缩、章门、天井、阳溪、合谷、足三里、太冲。"（《类经图翼》）

经验选录

徐笨人，针刺大椎穴治疗癫痫95例。隔日1次，10次为一疗程，休息7天，再继续下一疗程，一般需针3～4疗程。（1982年）

张华针刺治疗癫痫28例。取穴：人中、十宣，操作：仰卧取穴。人中强刺激，十宣（每次选用2～3穴）出针后均放血少许（儿童不留针，速刺放血），一般每日1次。发作频繁者，每日针2次。15天一疗程。疗效：28例中，1～2疗程可控制发作者22例，4例有效，2例无效。（1981年）

张乃卿化脓灸治疗癫痫106例，于每年农历小暑到处暑节气间任何一日皆可施灸。连灸三年。取穴：第1年取百会、大椎、身柱。成年人久病者加灸膏肓。第2年取前顶、神道、筋缩。成年人发作频繁者加灸肝俞。第3年取百会、脊中、腰奇、鸠尾。灸后用油膏贴敷保护。疗效：106例中，痊愈31例，显效27例，好转21例，无效27例。（1984年）

评述

痫证在发作期和休止期，均是针灸疗法的适应症。尤其是发作期，针灸具有急救效应，可促使其尽快复苏。其机理主要在于调达气机，制止逆乱。而对于休止期，应着眼于扶其正气，防制逆乱。因此，适当配服药物是必要的。如镇静药，可协助针灸控制发作以治标。固本用滋补药可协助针灸承先天，迪后天，力促正气充沛，以防内风妄动，达到预防发作的目的。

对于继发性痫证，还应力争诊治原发病，以消除病因，求得根治。大发作而昏迷者，应采取抢救措施，以防意外。

毕福高　陈业孟

十一　脑血管意外

脑血管意外又称急性脑血管病，为脑血管的急性血液循环障碍而导致偏瘫、失语、昏迷等急性或亚急性脑损害症状的疾病。中年以上发病者、尤以高血压型患者为多见。按疾病的性质，可将急性脑血管病分为出血性和缺血性两大类。前者包括脑出血和蛛网膜下腔出血；后者包括脑血栓形成和脑栓塞。

本病在中医学中属于中风、痱痱、卒中一类疾病的范畴。有关中风的记述始见于《内经》，后世医家多有发挥。在病因方面，唐宋以前主要以外风学说为主，多以"内虚邪中"立论。到金元时代，才突出内风立论。王履提出"真中"和"类中"。明代张景岳又倡"非风"之说，提出"内伤积损"的论点。

病因病机

本病主要由于患者平素气血亏虚，心、肝、肾三脏阴阳失调，加以忧思恼怒，或饮酒饱食，或房室劳累，或外邪侵袭等诱因，以致气血运行受阻，肌肤筋脉失于濡养；或阴亏于下，肝阳暴张，阳化风动，血随气逆，挟痰挟火，横窜经隧，上蒙清窍，而形成上实下虚，阴阳互不维系的危急证候。中风的病机比较复杂，但归纳起来不外虚(阴虚、气虚)、火(肝火、心火)、风(肝风、外风)、痰(风痰、湿痰)、气(气逆)、血(血瘀)六种，其中又以肝肾阴虚为其根本。在一定条件下，它们互相影响、互相作用而突然发病。

现代医学认为，脑血栓是脑动脉在粥样硬化的基础上，发生血液的有形成分凝集，致使动脉管腔明显狭窄或闭塞。脑出血是指脑实质内出血，高血压和动脉硬化是常见病因，出血的血管多发生在基底神经节和内囊区。

临床表现

1.脑血栓形成：在发病之前1～2日常有前驱症状，表现有头痛、眩晕、肢体发麻等。发病较慢，发病多在熟睡之时，早晨起床时方觉有偏瘫、单瘫或失语、口角歪斜，一般意识障碍都较轻。脉搏、呼吸、血压无明显变化，脑脊液检查大部分正常。

2.脑出血：多在白天活动的情况下发生，部分病人在发病前数天或数小时有头痛、肢体麻木、精神改变、嗜睡等前驱症状。可因肢体或脑力过度紧张，或情绪激动，过量饮酒而诱发。一般发病急骤，突然意识丧失，颜面潮红，呼吸变深而有鼾声，脉搏慢而充实。血压升高，偏瘫，一般脑脊液压力增高，呈均匀血性。

辨证施治

1.中经络：

(1) 脉络空虚、风邪闭阻：

主证：肌肤不红，手足麻木，突然出现口眼㖞斜，语言不利，口角流涎或半身不遂，苔薄白，脉浮数。

治则：益气养血，祛风通络。

处方：足三里(＋)　三阴交(＋)(双)　百会(＋)　风池(－)　外关(±)　合谷(±)　太冲(－)　阳陵泉(±)　环跳(±)　风市(±)　阳白(±)　四白(±)　迎香(±)　颊车(±)　地仓(±)

穴方简释：以“治风先治血，血行风自灭”而立法，取足三里、三阴交、百会等穴，以滋生化之源，源足血得养，血足气得生，气足无顽麻。取风池、外关、合谷，祛风清热；泻太冲，以平肝潜阳；阳陵泉、环跳、风市，通经活络；针面部诸穴，意在通络纠偏。

操作方法：进针得气后留针30～60分钟，每10～15分钟行针一次，提插补泻。每日1次。

疗程：每日1次，每10次为一疗程，中间休息3～5天，再继续下一疗程。

(2）肝肾阴虚、风阳上扰：

主证：平素头痛眩晕、耳鸣目眩，少眠多梦，腰酸腿软，突然一侧手足沉重麻木，口眼歪斜，半身不遂，舌强语塞，舌质红、苔薄黄或白腻，脉弦滑或弦细而数。

治则：滋阴潜阳，平肝通络。

处方：太冲（－）　三阴交（＋）　太溪（＋）　人中（－）　劳宫（±）　足三里（＋）（双）

上肢不利，加外关（－）、合谷（－）、肩髃（±）、肩髎（±）；下肢重滞，加风市（±）、阳陵泉（±）、昆仑（±）；口眼歪斜，加地仓（±）、颊车（±）、阳白（±）、攒竹（±）、养老（±）。

穴方简释：取太冲，以平肝熄风；三阴交、太溪，滋肾潜阳；人中，醒神开窍；劳宫，乃手厥阴之荥穴，“荥主身热”，故泻劳宫能降心火而清心神；加足三里，以扶其正。

操作方法：进针得气后行提插或捻转补泻手法，留针30～60分钟。

疗程：每日 1 次，10次为一疗程，休息 3 ～ 5 天再继续下一疗程。

(3）肝风内动、挟痰中络：

主证：突然半身不遂，偏身麻木，口眼歪斜，口角流涎，痰壅气促，言语不清，便干或便秘，或头晕，舌质暗红、苔黄或黄腻，脉弦滑。

治则：平肝熄风，豁痰通腑。

处方：太冲（－）　足三里（＋）　丰隆（－）　天突（－）　血海（＋）（双）人中（±）

口眼歪斜，加四白（±）、地仓（±）、攒竹（±）、内庭（＋）、养老（±）。

穴方简释：取太冲，以平肝熄风、清热豁痰；天突，以祛痰；针足三里、丰隆，意在健脾运化，升清降浊，祛痰通腑。

2.中脏腑：中脏腑者均有神志障碍。中腑神志障碍较轻，一般属意识朦胧思睡或嗜睡。中脏神志障碍多重，甚至完全昏愦无知；或以九窍闭塞，如目瞀，视一为二，视长为短，语言蹇涩，吞咽困难，大小便失常等。临床常有闭、脱二证之分。

(1）闭证：闭证一般具有突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，两手握固，大小便闭，肢体强痉等症。因致病原因不同，临床表现各异。

①阳闭证：兼有面赤身热，气粗口臭，躁扰不宁，舌苔黄腻，脉弦滑而数等症。

治则：启闭开窍，清肝熄风。

处方：人中（－）　十二井（－）　丰隆（－）　劳宫（－）　太冲（－）

牙关紧闭，加颊车（－）、地仓（－）；失语，加通里（－）、哑门（－）。

穴方简释：刺十二井穴放血，以决壅开闭，接通三阴，三阳之经气，致经络阴阳以畅通平衡。人中乃督脉要穴，泻之能改善督脉气血之运行，可收启闭开窍之功；泻肝经太冲有平肝潜阳，熄风之效。泻劳宫，具有降心火以安神之用。痰从湿生，取足阳明之丰隆，健脾祛湿，以本治痰。

操作方法：进针后重泻人中、太冲、十二井点刺放血少许，不留针。

疗程：根据复苏情况，每日 2 ～ 3 次，3 天为一疗程。

②阴闭证：兼有面白唇暗，静卧不烦，四肢不温，痰涎壅盛，舌苔白腻，脉沉滑或缓。

治则：开窍，熄风，豁痰。

处方：百会（＋） 人中（＋） 足三里（＋） 丰隆（－） 内关（＋）（双） 天突（±）

酌情选配合谷（±）、颊车（±）、哑门（±）、廉泉（±）、关冲（－）。

穴方简释：人中、百会乃督脉重穴，具有扶正、调气和血、开窍醒神之功；脾旺生化有源，正气亢盛，以祛湿化痰，故取足三里、丰隆等穴。天突用其能开窍利气机；内关取其扶正以安神。

（2）脱证：以突然昏仆，不省人事，目合口开，鼻鼾息微，手撒肢冷，二便自遗，汗多如油，肢体偏瘫，舌痿，脉微欲绝为主证。

治则：益气回阳，扶正固脱。

处方：取任脉，用大艾柱灸之，壮数宜多；关元、神阙，隔盐灸。

虚汗出，加阴郄（＋）；虚阳浮越重，灸命门、气海、肝俞、肾俞、涌泉，以补益肝肾，摄固浮阳；鼾睡不醒，加申脉；二便自遗，加水道（±）、三阴交（＋）、足三里（＋）。

穴方简释：任脉为阴脉之海，阴阳互相依存，互为根本。如亢阳外脱，必须壮水滋阴以敛阳；关元，乃任脉足三阴之会穴，为三焦亢气之所出，系命门真阳，是阴中有阳之穴。脐为人生之根蒂，神阙位于脐中，为真气所系，故用大艾柱同时重灸，以挽回将绝之阳气，而救虚脱于顷刻。

操作方法：未复苏前，大艾柱施灸，不拘壮数。复苏后，侧重于针刺，行补法。

疗程：病程初期，每日针灸2～3次；病情稳定后，每日针灸1次。10次为一疗程。

3.后遗证：病延半年以上，后遗证以半身不遂、言语不利为最常见。

（1）半身不遂：气虚血瘀、脉络阻滞证。

主证：如见肢体偏废不用、软瘫无力者，多由正气不足、脉络瘀阻所致；如见肢体强痉、屈伸不利者，多由血虚风盛、脉络瘀阻所致。

治则：补气养血，通经活络。

处方：足三里（＋） 肾俞（＋） 三阴交（＋） 血海（＋）（双） 关元（＋）

上肢瘫，加肩髃（±）、曲池（±）、外关（±）、合谷（±）；下肢瘫，加环跳（±）、阳陵泉（＋）、解溪（＋）、昆仑（±）；口眼歪斜，加阳白（±）、颊车（±）、地仓（±）、迎香（±）、承浆（±）。

穴方简释：久病气血亏虚，脉络瘀阻，故当以固本扶正为主。气血生化在于后天脾胃，故取足三里、三阴交，以资生化之源；肾司藏精，主骨生髓，髓聚为脑，脑为元神之府，髓充则脑灵，脑灵诸窍通，故取肾俞以资先天。取血海、关元，以补气血；复加活络之曲池、外关、合谷、环跳，标本兼治，守方不移，久病缓图，以收其功。

操作方法：依脏腑虚实，行提插或捻转补泻手法。留针30～60分钟，其间每10～15分钟行针1次。

疗程：隔日1次，30次为一疗程，休息3～5天再继续下一疗程。

（2）语言不利：风痰阻络证。

主证：此病舌体多偏歪不正，舌根发硬，语言不清，善妄喜笑，脉象弦滑或滑缓，舌苔白腻。

治则：祛风化痰，通络开窍。

处方：丰隆（－） 足三里（＋） 神门（±） 内关（－） 上廉泉（＋） 通里（－） 哑门（±） 天突（±） 照海（±）

肾虚精亏、津不上承者，加肾俞（＋）、肝俞（—）、命门（＋）。

穴方简释：足三里、丰隆，以健脾化痰；神门、内关，养心安神，妄安神定，见证可除；上廉泉、通里、哑门、天突、照海，开窍增音，化痰通络；肾俞、肝俞、命门，以补肝肾之阴。

操作方法：进针得气后用提插或捻转或两者结合之补泻手法，留针30～60分钟，其间行针3～5次。

疗程：30次为一疗程，休息3～5天再继续下一疗程。

其他疗法

1.电针：治半身不遂，取肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、风市、阳陵泉、悬钟（均单侧），根据瘫痪部位每日选1～2对穴，3周为一疗程，每次用1对，刺入后提插，使针感扩散到远端，然后接上电针机，刺激量可由小逐渐增大，通电约半分钟，稍停后继续通电半分钟，可重复3～5次。使病人感觉有酸麻的触电样或热烫感觉，并出现肌肉节律性收缩。

2.水针：①偏瘫初期，取风池，用5％γ-氨酪酸1.5毫升，或用三磷酸腺苷10～20毫克注入患侧风池穴，每日1次，交替使用。②偏瘫后期，取风池，用100毫克维生素B_1加50毫克烟酰胺注射液混合后注入，每日1次。

3.耳针：取肾上腺、神门、肾、肝、心、胆及偏瘫侧相应穴位，隔日1次，10次为一疗程，休息5天，再针下一疗程。每次取3～5穴（双侧），留针半小时，用平补法。

4.头针：取运动区、语言区、足运感区，隔日1次，15次为一疗程。取病对侧运动区、语言区、足运感区，刺入皮下0.5～1寸，频频捻针，同时鼓励病人运动配合。

文献选录

“中风手足瘙痒，不能握物，取申脉、臑会、合谷、行间、风市、阳陵泉。”（《针灸大成》）

“卒中暴脱，若口开手撒，遗尿者，虚极而暴脱也。脐下大艾灸之。”（《证治准绳》）

“凡动中跌倒，卒暴昏沉，痰涎壅滞，不省人事，牙关紧闭，刺少商、商阳、中冲、关冲、少冲。中风筋急不能行，内踝筋急，灸内踝上四十壮，外踝筋急，灸外踝上三十壮。步行无力疼痛，针灸昆仑。”（《针灸大成》）

"非卒厥危急等，用盐炒干，纳于脐中令满，加上厚姜一片盖定，灸百壮至五百壮，愈多愈妙。"（《景岳全书》）

"中风口噤，牙关不开，刺水沟、颊车。"（《针灸摘英集》）

经验选要

1.毕福高，对746例脑血管意外后遗症采用针刺治疗。

上肢主穴：患侧肩髃、肩髎、曲池、合谷。兼症配穴：指伸无力，配腕骨；指握无力，配后溪；手部瘀肿，配十宣放血；抬肩无力配大椎、巨骨、臑会。

下肢主穴：患侧17椎旁，环中上、委中、合阳、足三里、悬钟。兼症配穴：腿软无力，配伏兔、鹤顶、内外膝眼、承山；足外翻，配阴陵泉、三阴交、血海、商丘；足内收，配阳陵泉、梁丘、绝骨、丘墟；足背下垂，配解溪；足趾无力，配太溪、八风。

语言障碍，主穴廉泉、通里，配穴合谷、内关、太冲。

面瘫，主穴地仓、颊车；上、下面瘫（体表定位：上面瘫在太阳前下3分，针向下面瘫；下面瘫在大迎上3分，针向上面瘫），配穴合谷、迎香。

面痉，主穴面痉、太阳，配用合谷、太冲。吞咽困难，主穴廉泉、颊车，配用内关、太溪。流涎，主穴廉泉、地仓，配用合谷。大小便失禁，主穴环中上穴。

针法：快速进针，点刺，重刺激，不留针，穴必得气。17椎旁针感放射到趾端。为加强针感，有的穴可透刺。如阴陵泉透阳陵泉；曲池透少海；合谷透后溪；地仓透颊车；上面瘫透下面瘫。

疗程：每日1次，10次为一疗程，休息3～5日，再继续下一疗程。3疗程为限。

疗效：746例中，基本痊愈174例，占23.3%；显效151例，占20.2%；好转257例，占34.5%；无效164例，占22.6%。

2.邱茂良等取穴：①急性期（神志模糊不清者）：人中、百会、十宣、十二井、涌泉。结合辨证需配用太冲、丰隆、三阴交、行间、内关。②恢复期或后遗症期：上肢主穴：肩髃、曲池、手三里、外关、合谷。配用：列缺、天泉等。下肢主穴：环跳、髀关、阳陵泉、三阴交、足三里、绝骨、太冲。配用伏兔、风市、委阳、阳陵泉。中枢性面瘫：地仓、颊车、合谷。舌强语塞：廉泉、通里、照海。

针法：急性期常用泻法。恢复期及后遗症期常用，平补平泻或补法。针刺患侧，有时可透穴深刺，以增强疗效。也可配用G6805型电针治疗仪，使用脉冲电流刺激以代替手捻，频率200次/分以上。

疗程，根据病情，一般每次取穴4～5个，每日1次，5天后停针2天，30次为一疗程。有严重并发症者，如失水、高热、感染等，可酌情配用中、西药物。

疗效：34例患者，痊愈20例，占66.6%；显效9例，占30.0%，好转3例，占10.0%，无效2例，占6.6%。

3.徐笨人等以针刺治疗脑血管意外（脑血栓形成262例）。取穴：上肢瘫痪取肩髃、曲池、合谷。另配扶突或臂中（位于腕横纹至肘横纹连线之中点，两骨之中间）；下肢瘫痪取环跳、阳陵泉、昆仑。失语取廉泉。

操作：各穴均采用泻法，重刺激，不留针。刺扶突穴时，选用26号寸毫针快速刺入

皮下，针向颈椎后下方斜刺0.5～1寸深（刺时要谨慎稳妥），使触电感传至手指。针环跳穴时，取侧卧位，选用适用的毫针，向前下方直刺2寸左右，待针感直达趾尖，单用提捻5～6次，以加强刺激，若针感不明显，可加刺足三里。

疗效：262例中，基本痊愈67例，占25.6%；显效70例，占26.7%；好转102例，占38.9%；无效23例，占8.8%。

评述

笔者在临床中体会到，针灸是治疗中风及中风后遗症的重要疗法，只有肢体功能的恢复，才能促进气血的运行，相应地改善失语言蹇、口眼歪斜等症。通过对数千例病人的观察研究，认为治疗本病，当辨明病因，确立治则，以针为主，身心并医，突出治瘫，兼顾全局。

在后遗症的治疗中，当以“广取穴，重温补，长疗程”为大法，突出治瘫。因本病多为三阴三阳俱损，非广取穴难以疏通，所有受阻之经络，更需顾及；本病多属老年患者，气血运行缓慢，复因久病阴阳俱损，常致瘫侧发凉，肤色变暗，舌质淡、体胖、苔白，唯温补方能壮阳益气行血，营养肢体；长疗程是由于患者病程较久，气血阴阳皆属不足，非朝日所能取效，治当缓而图之。

毕福高　陈业孟

十二　舞蹈病

舞蹈病，多发于5～15岁儿童的为感染性舞蹈病，真正的病因西医尚无诊断，一般认为可能同溶血性链球菌或病毒感染、新陈代谢异常、过敏原有关，其发病部位在基底神经节。发病前可能有感染史。临床见症主要是肢体呈间断性快速不自主运动，如耸肩、扭腰、伸臂、翻掌，另有挤眉弄眼、撮口吐舌，以及肌肉软弱、口齿含糊、举止笨拙、失眠、流涎、切齿等。遇有声、光等外因刺激时，抽搐动作发作频繁且幅度加大。女性儿童较多。中医学原无此病名，但根据临床表现，大体可归属于慢惊风、慢脾风范畴。如明·陈履端在《幼幼新书》中说：“……慢脾风候时时吐呕，频频咬齿，手足掣疭，舌卷头低，两眼上视，先头低而次第高……。”

病因病机

患儿多为素体脾胃虚弱，饮食积滞，或虫积内聚，久延而致脾阳损伤，中气衰微，津液乏源，引动肝风；或为外感六淫，寒热久延不退，及疟、痢、斑、疹、久吐、久泻，致中土受伤，津液枯竭，水不涵木，浮阴外越，风阳掉弦。现代医学则认为，由于非特异性致病因素导致基底神经节炎症，使神经细胞萎缩，胶质增生，血管弹力膜增生变厚，管腔变小、闭塞，致使脑实质呈现软化现象。

临床表现

患儿平素面色萎黄或苍白，形羸神疲，嗜睡露睛，毛发枯燥，四肢清冷，大便稀薄

或完谷不化，发病多有感染史。一旦发病，最初神情怠倦，易激动，睡眠不稳，坐卧不安，继而出现手脚笨拙，持物易脱，不能作精细动作。之后，出现舞蹈病，由一侧的上肢和面部逐渐波及另侧，最后累及全身肌肉。手脚舞蹈样运动，表现为快速、无节律、幅度较大而方向不定的动作。面肌、眼肌、唇舌，都可出现舞蹈样运动，表现在挤眉、弄眼、唇舌扰动。严重者，影响进食和发音。精神紧张和随意运动，都能使舞蹈运动增强，甚至不能起立行走，也不能自己吃饭。

辨证施治

随意运动的肌力可见减弱，肌张力降低，关节过伸，上肢过度旋前，掌心向外，皮肤过敏，腱反射减弱，大便溏薄，小溲频多，脉象虚弱无力或兼数，舌质淡、苔白厚或腻。

主证：多数形体不充，心神不宁，肢体阵发快速而无节律的不自主动作

治则：宜省脾健中。

处方：肾俞(＋)　脾俞(＋)　胃俞(＋)(双)　中脘(＋)　足三里(＋)　关元(△)

舞蹈样动作发于上肢者，取肩髃、曲池、外关、合谷、八邪；发于下肢者，取环跳、风市、阳陵泉、悬钟、昆仑、八风；挤眉弄眼者，取太阳、鱼腰、攒竹、四白、承泣、丝竹空、合谷；撮口弄舌者，取地仓、颊车、承浆、廉泉。

穴方简释：肾俞，可补命门的真火，使火能生土；脾俞、中脘、足三里，可培中土、资健运，以扶后天之本；关元，温补元气。配穴则均为局部取穴，意在输导经气，滋润筋脉，滑利关节。

操作方法：进针得气后用提插捻转补泻法，留针15～20分钟。

疗程：隔日1次，12次为一疗程。休息5～7天，再作第2疗程。

其他治法

1.头针：取双侧舞蹈震颤区为主，可配用运动区、平衡区、足运感区和视区，一般针治1～7次便可见效。在症状消失后，再针一段时间以巩固疗效。

2.耳针：取神门、皮质下、心、脑点、枕，每次选2～3个点，重刺不留针。

3.穴位注射：取中渚、昆仑、大椎穴，用维生素B_{12}每次每穴注入0.5～1毫升，每月1次，7次为一疗程。

4.埋线：取哑门、大椎，以骨穿针带Ⅱ号羊肠线埋入穴内，每半月1次。

文献选录

“但见两肘之拘挛，仗曲池而平扫。”（《通玄指要赋》）

“转筋：金门、丘墟。”

“唇㖞泻太冲。”（《针灸聚英》）

“孩子慢惊何可治，印堂刺入艾还加。”（《针灸歌赋选解》）

“两肘拘挛筋骨连，艰难动作欠安然，只将曲池针泻动，尺泽兼针见圣传。”（《针灸歌赋选解》）

“两足拘挛觅阴市。”（《针灸大全》）

评述

临床中的舞蹈样运动，证型比较繁多，要注意鉴别，其中遗传性舞蹈病多发病于20岁以后；习惯性痉挛，虽无年龄区别，但其舞蹈样运动多为重复其同样的动作，且能为注意转移所终止。癔病性异常运动可同本病相似，但往往不具备面部症状，也无联合运动，暗示疗法有效，为其重要区别点。

在针治中，还应注意避免强光和声音刺激，异常动作强烈时，要注意防范磨、碰损伤。为协助针效，必要时可配用镇静药如氯丙嗪类和苯巴妥类。

十三　重症肌无力

重症肌无力，是指神经肌肉接头间传递障碍而影响肌肉收缩的一种慢疾病。临床特征是一部分或全身骨胳肌异常的容易疲劳，短期重复收缩后即行减退，经休息或用抗胆碱酯酶药物后又即恢复。大多数患者在20～40岁之间发病，但本病也有迟至80岁始发病者。50岁以前，女性发病率较男性高，且有早年发病的倾向。60岁以后，则男多于女。本病发病率在1：10000～1：40000之间。部分病人兼有胸腺肿瘤，或胸腺增生，因采用免疫抑制剂治疗，或胸腺切除后，部分病人可得到好转，故有人推测重症肌无力是一种机体免疫功能异常而产生的疾病。

该病属于中医萎证范畴。

病因病机

禀赋不足，脾胃素亏，或因病致虚，脾胃受纳运化功能失常，则气血生化之源不足。脾气虚衰，脾阳不振，中气下陷，以致气血不能灌溉四旁，肌肉失养，故四肢软弱无力，眼睑下垂。素体阴亏，劳逸太过，房室失节，致使津亏液耗。乙癸同源，肝血也随之亏损，精血不足，筋脉肌肉失于濡润而致咀嚼无力，吞咽困难。

由于阴血虚亏，阳气相对偏盛，正合《素问·调经论篇》之说："阴虚则生内热"。阴虚血热，血热伤阴，阴虚耗血，导致阴血不足，脉络阻滞，肌肉失养，故见眼睑下垂，睁目困难。

重症肌无力病人，运动神经末梢在神经冲动中所释放的乙酰胆碱量和胆碱酯酶活力并不足于正常人，而受体的敏感性降低，所以重复冲动所产生的终板电位越来越少，临床上出现肌肉病态疲劳，其确切病因尚不清楚，但许多研究提示与自体免疫关系密切，或与内分泌也有一定关系。

临床表现

临床症状可以突然发生或起病隐渐，几乎所有的横纹肌均可受累，而心肌和平滑肌不受损害。根据受累肌肉的分布，可分为四个主要的临床类型。

1.眼肌型： 通常多表现为一侧上睑下垂，若令患者向上凝视，上睑下垂更为明显。以眼睑下垂，眼球固定，复视或斜视等是眼肌型的主要临床表现。

2.延髓型：也称球型，临床表现以吞咽困难，咀嚼无力为主，伴有饮水呛咳，声音嘶哑，吐字不清等症。

3.躯干型：颈部伸肌受累，患者头向前倾，若胸锁乳突肌受累重于斜方肌，头可保持伸位。肋间肌和膈肌受累，可导致患者呼吸困难；如有喉肌麻痹，则呼吸困难更为明显，若不积极治疗，可导致患者死亡。

4.全身型：开始即累及全身肌群，但发生和进行都很缓慢。在其病程中易发生肌无力危象。

辨证施治

1.气虚下陷证：

主证：眼睑下垂，早轻晚重，肢体软弱无力，食欲不振，大便溏薄，或倦怠形寒，面色萎黄或苍白，舌质淡、苔薄白，脉细弱。

治则：益气生阳，健脾益血。

处方：肺俞（＋）　脾俞（＋）　中脘（＋）　气海（＋）　足三里（＋）　三阴交（＋）　合谷（＋）　手三里（＋）（双）

因本病可累及全身肌肉，除按辨证选穴之外，可以根据出现症状的部位不同，采用对症局部取穴，配合治疗。眼肌无力，表现为眼睑下垂、斜视、复视者，取阳白、攒竹、瞳子髎、丝竹空；说话声音嘶哑、低微、饮水呛咳者，取廉泉、人迎、完骨；下颌下垂、无力闭合者，取下关、颊车；呼吸困难、咳嗽无力者，取身柱、肺俞、大椎、大包或灸脑户；颈部软弱、头向前倾者，取天柱、大杼、大椎；肢体无力者，取肩髃、曲池、合谷、脾关、伏兔、足三里、三阴交。

穴方简释：脾俞为脾经经气转输之处，补之以健脾益气；胃募中脘与胃经合穴足三里，施以针补或艾灸，可使脾阳得伸，运化有权；取肺俞、气海，以益气升阳；手三里、合谷，为手阳明脉气所发，有益气养血之功；三阴交，健脾而升清阳。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转补法，温灸每穴5～10分钟，或艾柱灸，每穴5～10壮，留针20～30分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程；休息5～7天，再开始第2疗程治疗。

2.阴虚内热证：

主证：眼睑下垂，睁眼困难，形体消瘦，全身无力，低热虚烦，盗汗、失眠、心悸，舌质红、苔微黄，脉细数。

治则：滋阴清热，养血通络。

处方：曲池（－）　足三里（＋）　三阴交（＋）　膈俞（＋）　血海（＋）　郄门（－）　然谷（＋）　太溪（＋）（双）

参阅“气虚下陷证”酌情选取配穴。

穴方简释：曲池、足三里，为手足阳明经合穴，可清疏阳明经气；配三阴交，以健脾运；佐以膈俞、血海，补气活血。然谷，为足少阳经荥穴；太溪，为足少阴经原穴。两穴相配，以益阴清热。泻郄门，有清营通络之功。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转补泻手法，留针20～30分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程；休息5～7天，再开始第2疗程治疗。

3.肝肾不足证：

主证：眼睑下垂，吞咽困难，咀嚼无力，头晕耳鸣，腰膝酸软，舌淡红、苔薄白，脉沉细。

治则：补益肝肾，兼运脾阳。

处方：肝俞（＋） 肾俞（＋） 阳陵泉（＋） 悬钟（＋） 关元（＋） 水泉（＋） 脾俞（＋） 章门（＋）（双）

参阅“气虚下陷证”酌情选取配穴。

穴方简释：本方取肝俞、肾俞，以调补二脏精气；肝主筋，故取筋会阳陵泉；肾主骨、生髓，故取髓会悬钟；取关元，意在益气固本；取肾俞、水泉，意在益肾养阴，使肾阴足以养宗筋；取脾的俞募穴脾俞、章门，益气健脾。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转补泻手法，留针20～30分钟。

疗程：每日1次，每10次为一疗程；休息5～7天，再开始第2疗程治疗。

其他疗法

1.耳针：取左耳，脾、交感，神门穴上方0.1厘米敏感点和相应区；右耳，脑点、肝、内分泌、肾及相应区。埋针，每周1次。

2.皮肤针：取肺、胃、肝、脾等背俞穴和足阳明经线，用皮肤针轻叩，隔日1次，10次为一疗程。

文献选录

“今脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉，皆无气以生，故不用焉。”（《素问·太阳阳明论篇》）

“营气虚则不仁，卫气虚则不用，营卫俱虚，则不仁且不用，肉加苛也。人身与志不相有也，三十日死。”（《针灸甲乙经》）

“上睑低垂轻证，灸三阴交。”（《眼科锦囊》）

经验选要

人民解放军695医院用耳针治愈重症肌无力一例，患者陈××，女，21岁。于1969年6月出现双眼睑下垂，全身疲乏无力。初期时，在休息后尚能恢复，其后症状加重，出现周身瘫软，卧床不起，生活不能自理。曾去外地诊为重症肌无力症，多方治疗未愈。平时内服新斯的明，只能勉强扶墙走。后经我院医疗小分队检查，进行耳针治疗，同时继续服新斯的明。治法：（一）取穴：左耳取脾、交感、神门穴上方0.1厘米处敏感点及相应区；右耳取脑点、肝、内分泌、肾、相应区。（二）操作：每周埋针1次，共4次。疗效：于第4次针后随访时，病人一切如常，为巩固疗效，嘱其继服新斯的明，每日1次，连服1周后，改为隔日服1次，1周后无不适，乃停药观察。2月后复查，一切如常。1年后随访，劳动如常。（1972年）

北京工农兵医院针刺治疗上眼睑下垂60例。取阳白透鱼腰，配风池、睛明、外关、

养老、合谷等穴。每次 3～4 穴，留针20～30分钟，10次为一疗程。也可用电针，也可配相应耳穴，也可在耳穴相应部位注射维生素B_1及B_{12}。疗效：治愈30例，显效 9 例，进步20例，无效 4 例。（1974）

评述

重症肌无力，是一种较为常见而难治的疾患。现代医学对其病因尚未完全阐明，目前多认为与自身免疫有关，迄今为止，既乏特效的疗法，也无理想的药物，以致临床处理上颇为棘手。西医多采用抗胆碱酯酶药物，如新斯的明、吡啶斯的明、酶抑宁等药物治疗，对部分病例有效，但维持时间短暂，且有一定的副作用。免疫抑制剂不仅副作用大，效果也不满意。胸腺切除适应范围窄，疗效尚不能肯定，更少被人接受。

针灸治疗本病，不仅近期疗效较为明显，且维持作用时间较长。近年来各地不断有个案报导，显示了一定的优越性。

中医学认为脾的主要功能是运化营养物质，供应到全身各处。《素问·玉机真藏论篇》谓："以灌四旁者也"。如果脾的吸收运化能力不足，不能把精微物质输送到全身各处，即会引起病变，故临床中见到肌肉痿软无力，常责之于脾，其益气升阳，健脾养血成为治疗本病的大法。此外，本病还有眼球运动障碍而引起复视、斜视者，或出现头前倾者，多已累及肝肾，故治疗中应同时调理肝肾，以图根治。

因本病临床过程缓慢，可有自然缓解期，虽然临床症状消失，亦不能肯定治愈，故应长期观察，根据不同情况，予以巩固治疗。

陈业孟

十四　周期性麻痹

周期性麻痹，主要是骨骼肌呈周期性、弛缓性瘫痪为特征的疾病。本病起病突然，常持续数小时至数日后恢复，又常以情绪激动、受冷、月经、过饱与劳累而诱发，发作频率不一，有每晚发作者，也有一生中仅发一次者。发病年龄在30岁以前，以青春期为多，35岁以后发作逐渐减轻，以至消失。男女患者的比例，为3:1。本病预后一般良好，仅有极少数因呼吸肌瘫痪或心律失常而死亡；每次突发起病持续数小时至数日后恢复，但运动功能恢复后仍可有短时间的肌肉疼痛和僵硬感，发作间隙期病人恢复如常，一般不遗留任何症状，仅有个别在多年频发后可有固定性肢体近端肌力减退甚至轻度肌萎缩。当属中医"痿证"范畴。

病因病机

现代医学认为发病原因不明，多数呈染色体显性遗传——即家族性周期性瘫痪，我国大多为散发，无家族史。发作时大多伴有血清钾浓度改变而可见低血钾型、高血钾型和正常血钾型，国内以低血钾型最常见。

中医学认为，本病乃外感致病，分肺胃热盛和湿热浸淫两型。

1.肺胃热盛：感受温热邪毒，肺受热灼，热盛伤津，不能输精于皮毛，筋肉失养；

或嗜食辛辣味甘，脾胃积热，热或津伤，筋脉失养而成痿证。

2.湿热浸淫：坐卧湿地，涉水淋雨，感受外湿，湿邪久愁，郁而化热，薰蒸阳阴，致宗筋弛缓而发为痿证。

临床表现

常在半夜或清晨起病，早上醒来时感到四肢或以下肢为明显的软弱无力，在数小时内达高峰，见为轻瘫（肌力3～4级）或严重瘫痪（肌力0～1级），典型病例为：下肢近端大肌群如髋膝无力，渐向远端蔓延，可能顿挫于此，亦可能波及腹肌或上肢，肌张力减退，膝反射减弱，无病理反射，除发病早期可能有病肢胀痛感外，无感觉障碍，或无压痛，一般症状可持续数小时至数天，以后瘫痪肌群逐渐恢复肌力，个别有呼吸肌麻痹而见呼吸困难急促。

辨证施治

痿证以四肢或下肢筋肉弛缓，甚或瘫痪为主证，呈周期性发作。

1.肺胃热盛：发热，口渴，咳嗽，心烦，小便短赤，大便泄泻，舌红、苔黄，脉洪数。

治则：清肺胃邪热。

处方：髀关（－）　足三里（－）　梁全（－）　解溪（－）　尺泽（－）　肺俞（－）

上肢瘫痪，加肩髃（－）、曲池、合谷、阳豁；呼吸困难，天突（－）、膻中（－）、尺泽（－）、列缺（－）；胸闷，内关（＋）。

穴方简释：据《内经》“治痿独取阳明”的治疗原则，取足手阳明经穴以清其热，肺与大肠相为表里，故取泻尺津肺俞以清肺热。呼吸困难者加天突、膻中、尺泽、列缺以宣肺调气降逆。胸闷加内关以宽胸理气。

操作方法：针刺得气后用提插捻转泻法，热重者也可疾出不留针。

疗程：隔天治疗1次，6次为一疗程。

2.湿热浸淫：兼见肢体酸重，发热多汗，胸闷，患肢恶热，得冷则舒，小便混浊，舌苔黄腻，脉濡数。

治则：化湿清热。

处方：髀关（－）　足三里（－）　梁全（－）　解溪（－）　脾俞（－）　阴陵泉（－）　内庭（－）

穴方简释：与上同取手足阳明经穴，清其热故亦可加入内庭以清胃热，加脾俞阴陵泉均（－）化湿热以健中州。

操作方法：针刺得气后用提插捻转泻法，也可不留针。

疗程：隔天治疗1次，6次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取肺、胃、脾、神门及相应部位，埋籽，每次取1侧耳穴，3～7天换穴1次，两耳交替使用。

2. 皮肤针：用皮肤针轻叩背部肺、胃、脾等俞穴和手足阳明经线，隔日1次，10次为一疗程。

文献选录

手足麻痹，不知痒痛，太冲、曲池、大陵、合谷、三里、中渚。（《针灸大全》）

不仁，不柔和，痒痛寒热皆不知，不气为邪气闭伏，郁而不散，血气虚升故也。（《针灸聚英》）

痿，有湿热，有痰，有无血而虚，有气弱、有瘀血，针中渎、环跳，灸三里、肺俞。（《针灸聚英》）

足麻痹：环跳、阴陵、阳辅、太溪、至阴。足痿不用：复溜。（《针灸大成》）

评述

周期性麻痹虽有自愈倾向，但经临床观察，施以针灸，可加快自愈时间。本病每次发病，总见四肢软弱无力或瘫痪，因此针灸治疗当据"脾主四末"的理论，重在阳明、太阴经；倘若发作频繁，多为脾胃虚弱，因此平时和取建脾化湿、补益脾胃法，以治其本，从而预防或延缓发作间隔。

王文静

十五　红斑性肢痛症

红斑性肢痛症为阵发性肢端（尤其是两足）皮肤温度升高、肤色焮红、肿胀伴剧烈灼痛为主要特征的血管性疾病，当环境温度升高时可使症状加剧。当属中医的"热痹"范畴。本症病程一般较长，可多年不愈，且常有逐渐加重的趋势，但也有少数病例，经治疗后效果良好，以后不再复发或很少复发。本症多发于青壮年。

病因病机

因暑贪凉渍水，湿热留注下焦，伏久化火，热灼经络而发为热痹，或湿热交阻于血络之中，久则化为败瘀死血，留阻经遂而为痹。

临床表现

发病以双侧足部最为常见（上肢少见），甚至整个肢体焮红、灼热、疼痛剧烈，夜间尤甚，皮肤温度比正常高2～3℃，出汗明显，遇温暖、行动、肢端下垂或长时间站立后疼痛加重，睡时喜将双足露于被外，若抬高患肢或冷敷均可使疼痛减轻或消失。病变处皮肤感觉过敏，轻触或抚摸皆可触发疼痛再发，不愿穿鞋袜、手套，屡发可见肢端皮肤与指甲变厚或溃破，一般不发生皮肤坏死，亦无感觉或运动障碍。

辨证施治

1. 下焦湿热：下肢红肿热痛，伴轻度水肿，喜冷恶热，溲黄便秘，苔黄腻，脉滑数。

2.血瘀痹阻：上症更见舌紫、脉涩者；偶见上肢同时出现肢痛、红斑者。

治则：清热利湿化瘀通络。

处方：内庭（－） 行间（－） 侠溪（－） 陷谷（－）（双）

下肢肿胀，加阴陵泉、丰隆。上肢肿痛，加八邪、外关。

穴方简释：内庭、行间、侠溪，皆足经荥穴与陷谷同有泄热理气镇痛之功；下肢肿胀，取脾经合穴，以化湿滞利下焦；上肢肿痛，泻八邪、外关等穴，以清热通络。

操作方法：捻转进针得气后用，疾进疾出手法，不必留针。肿胀甚者，也可点刺放血。

疗程：每日1次，六次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取相应部位、神门、皮质下（一侧），埋籽，自行按压止痛。3～7天换用另侧。

2.皮肤针：取肿胀的足背或手掌部位，叩刺放血拔罐，隔天1次，2～3次后改用针刺法。

文献选录

足内踝骨红肿痛，名曰踠踝风，太溪、丘墟、临泣、昆仑。手指节痛不能伸屈，阳谷、五处、腕骨、合谷。足趾节痛不能行步，内庭、太冲、昆仑。（《针灸大全》）

诸节皆痛：阳辅。（《针灸大成》）

“……其热者，阳气多阴气少，病胜气，阳乘阴，故为热……”。足下热痛不能久坐……三阴交主之。足下热、不能久立，条口主之。（《针灸甲乙经》）

经验选要

何树槐：肾俞夹脊穴治疗肢端感觉异常症31例。

主穴：心俞的夹脊穴，膈俞的夹脊穴，肝、脾、肾俞的夹脊穴即：胸椎5.7.9.11，腰椎2，棘突下旁开0.5寸的夹脊穴，斜刺向中心，深1.2寸，留针30分钟，隔日1次，10次为一疗程，疗程间隙7天。疗效：痊愈22例，显效3例，有效6例，无效0。（《中国针灸》）

评述

本症是以肢端热痛为主证的血管性疾病，针对上述症状，可循经取荥以泻热，取木以止痛，并结合耳针治疗有一定效果。

王文静

十六 精神发育不全

精神发育不全，又称精神薄弱、精神幼稚病和脑发育不全等，系由各种原因引起的

脑发育障碍。临床上主要是指出生后，在发育阶段（一般指16岁以内）由于外伤、中毒、感染和脑的器质性疾病等所引起的智能低下为主的症状。而病人的智力障碍随着年龄的增长，智力也稍有改进。本病的患病率较高，病因复杂，临床表现多样，治疗较为困难，应当积极加强防治工作。

中医无精神发育不全病名，类似本病的症状，在古代医籍中有"五迟"、"五软"和"解颅"等描述。属小儿发育障碍、生长不足，又称胎弱、胎怯。

病因病机

中医学认为，本病的致病因素不外先天和后天两类。先天由胎禀不充，脾肾亏损；后天由于各种原因所致的精气不充，筋骨痿弱，肌肉虚瘦，行迟、语迟等。

现代医学认为，感染、中毒及其他损伤（孕期母体内外的压迫、损伤，过量的放射线照射，异位胎盘，胎盘早期剥离，胎位不正以及分娩过程中的损伤、窒息、颅内出血，以及婴儿期脑外伤）为致病因素。此外，内分泌功能障碍（如甲状腺功能低下等），染色体畸变与基因突变、颅脑畸形等也为致病因素。近十几年来，还发现本病由于酶活性不足或缺乏，引起了代谢障碍，发生代谢产物分解不全所造成的。

临床表现

精神发育不全的临床表现，主要依据智力低下的严重程度，一般分为三类。

1.白痴：智能极低，无语言，或发音不清，或仅能片言只语，生活用语也不能理解，无计算能力。感情原始或愚蠢表情，不能行走、站立，或可行走而步态不稳，动作笨拙，不能做较灵巧动作，生活不能自理。对陌生环境表现恐惧不安或无反应，无劳动能力。

2.痴愚：有语言，但词汇贫乏，仅能表达有限的意愿和要求，能理解日常简单用语，有时吐词不清，略认识数字，能辨认亲疏，部分有羞怯感，情绪不稳；兴趣少，精细动作困难。主动活动少，大部分可在指导下做简单劳动，长期训练后，生活可部分自理。

3.愚鲁：言语发育较好，但理解能力仍差，仅能反映表面现象，运算困难，难以达到小学毕业程度。情感较丰富，有一定的兴趣；但主动性积极性仍差。大部分能在他人照顾下从事简单劳动。遇不良刺激易产生反应状态。

辨证施治

1.脾肾两亏证：

主证：胎禀不足，自幼发育迟缓，颈项软弱、倾斜、倾斜、流涎，肢体软弱，手不能持，足不能立，肌肉松弛，活动无力，智能低下，神色呆钝，目无神采，唇淡苔少，脉沉细无力，指纹淡。

治则：调补脾肾，填髓健脑。

处方：脾俞（＋）　肾俞（＋）　足三里（＋）（双）　百会（＋）　命门（＋）

神色呆钝，加四神聪（－）、安眠（－）、内关（－）；上肢软弱，加肩髃、曲池、手三里、合谷、外关、八邪；下肢软弱，加环跳、风市、阳陵泉、绝骨、委中、飞扬、昆仑；伸舌、流涎、不语，加承浆、廉泉、通里；目不明，加肝俞、睛明。

穴方简释：肾主骨、藏精，取肾俞、命门，以补先天之本；脾主四肢、主肌肉，取脾俞、足三里，以培后天之源；百会为三阳五会之所，取之可健脑宣窍。兼症配四神聪，醒神益智；安眠，内关，调心安神；肢体痿软，取“治痿独取阳明”之意，加少阳、太阳经穴，以壮筋强骨；承浆、廉泉，调津液、开语窍；肝俞、睛明，补精明目。诸穴共冀脑髓得充，化源得滋，有助诸恙改善。

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法，留针30分钟。

疗程：间日治疗一次，15次为一疗程；休息1周后继续按前法治疗，一般3～6个疗程。

2.督脉瘀阻证：

主证：多由产伤和外伤所致的痴呆，颈项肢体软弱或强挛，不能坐立，言语不清，智能低下，饮食，大小便不能自理。

治则：宣通督阳，健脑益智。

处方：大椎（－） 百会（－） 陶道（－） 哑门（－） 印堂（－） 筋缩（－） 风池（－）（双）

参阅“脾肾两亏”证酌情选取配穴。

穴方简释：督脉，“并于脊里”、“入于脑”，督脉经气受阻可见脑部症患或脊背肢体强直，取督脉诸穴，意在通调督脉经气、充实髓海、健脑益智。大椎，为诸阳之会，取之可通阳益气、宁心解痉；哑门，安神醒脑、通窍增音；百会，健脑开窍；印堂，清心宁志；筋缩，清脑醒神、解痉缓急；风池，醒脑开窍、祛风镇惊。

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法，留针30分钟。

疗程：间日治疗1次，15次为一疗程；休息7天，按前法继续治疗，一般3～6个疗程。

其他疗法

1.水针：取哑门、百会、足三里（双）或头针相应区，用乙酰谷酰胺250毫克及呋喃硫胺20毫克。隔日1次，每次选头针区或体针各1穴。每穴左右各注射1～2毫升，10次为一疗程。

2.耳针：取心、肾、脾、脑干、皮质下。吐舌、流涎，配口、舌；目不明，配目；肢体软弱或强直，配相应部位点。隔日1次，10次为一疗程。可配合体针治疗。病情改善后，可进行埋针或王不留行籽耳压，3～5天换一次。

文献选录

瘖哑：支沟、复溜、间使、合谷、鱼际、灵道、阴谷、然谷、通谷。（《针灸大成·诸风门》）

呆痴：神门、少商、涌泉，心俞。（《针灸大成·心邪癫狂门》）

用大钟治心内之呆痴。（《标幽赋》）

“脑热脑寒并脑溜，囟会穴中宜著灸”，“大钟一穴疗心痴”，“痴呆只向神门许”。（《扁鹊神应玉龙经》）

经验选要

李嗣娴等用乙酰谷酰胺及呋喃硫胺头部穴位注射治疗脑发育不全50例。按主要临床症状，在头部大脑皮层功能区选穴。偏瘫，取对侧运动区上、中、下点；语言障碍，取双侧言语一、二、三区；智能低下，取哑门、百会、神庭、精神情感区；病情严重者，可选数组穴位轮流注射。效果：显效37例（74%），有效7例（14%），无效6例（12%），总有效率为88%。

施炳培等穴位注射治疗脑发育不全取穴：①哑门、肾俞；②风池、足三里；③大椎，内关为主穴，兼配相应症状穴位，药液为乙酰谷酰胺100毫克、当归注射液或呋喃硫胺注射液。在观察治疗6个疗程以上的20例中，显著进步6例，占27.3%，进步13例，占59.1%，无效3例，占13.6%。

白淑贞针刺治愈小儿痴呆症1例。取穴：①哑门、廉泉、内关、合谷；②哑门、天突、大椎、足三里。每日针刺1次，10次一疗程。经10个疗程痊愈。

评述

精神发育不全症是由于多种先天和后天因素所致的疾病，主要表现在患儿智能低下，感情、意志和行为方面的障碍，它在儿科临床上并非少见，严重影响小儿智力和运动功能的发育，过去国内外对此缺少特效疗法。近年来，在针刺疗法的基础上，采用水针法，取得一定效果，总的治则以通调督脉，补益脾肾，健脑、开窍、活血、强筋。取穴也以脑部和督脉经穴为主，局部经穴为辅，由于此病因复杂，缠绵难愈，故需长期对症治疗，也可配合药物、推拿、气功等疗法，同强加强功能锻炼和智力训练，希冀症状得以改善和痊愈。

精神发育不全除了必要的治疗手段，尚应积极预防孕妇及婴幼儿各种传染病。对此病早期诊断、早期治疗，开展医学遗传的咨询工作，加强婚姻指导和计划生育，对预防本病有重要意义。

张剑秋

十七　神经官能症

神经官能症，是一组大脑机能活动暂时性失调疾病的总称，通常以此概括神经衰弱、焦虑性神经症、歇斯底里神经症、强迫性神经症、抑郁性神经症等。神经官能症的临床症状较为复杂，发病形式、病程特点也不完全一样，但仍有以下共同临床特点：①神经官能症不属于精神病，一般不表现精神病常见的幻觉、妄想，也没有荒谬离奇的行为。病人全部或部分保持对社会生活的适应能力和劳动能力。②尽管病人有多种躯体自觉不适感，但没有相应的器质性损害，因此是完全可以治愈的。③病人对疾病有一定认识，因此疾病未经治疗时，病人即保持对疾病的自知力，对治疗要求迫切。

中医学无神经官能症病名，本病的多种临床表现与中医的“郁症”相似，认为发病均由情志内伤所引起。此外，也与虚损、心悸、不寐等症有关。

病因病机

本病的主要致病原因是情志不舒，气机郁滞，而机体本身的脏气不足，也是发病的内在因素。常期的忧郁思虑、愤懑恼怒等精神刺激,异致肝气郁结而成气郁；郁久化火、耗伤阴血，而致肝阴不足；诵读劳心、脾气失运，而成食郁、痰郁；久郁伤脾，可发为心脾两虚；或所欲不遂,忧怨悲哀,损伤心神，心失所养。本病初发体实，多为气滞，常兼血瘀、化火、痰结、食滞，属实。久病由实转虚，而涉及心、肝、脾、肾诸脏亏虚。

现代学认为，在本病的发病中，各种精神因素均有着直接的、密切的关系。个体神经系统机能状态的削弱是发病的先导，而不健康的个性特征往往构成发病的基础。

临床表现

本病的主要临床类型有：

1.神经衰弱：多表现为兴奋性增高，感情易于激惹或伤感，常伴有头痛、头昏、全身酸痛、耳鸣、目眩、注意力不集中、记忆力减退、健忘、入夜失眠、白天萎靡不振；或见心悸、多汗、体乏无力、食欲不振、手足发冷、恶心呕吐、腹胀腹泻、便秘，以及遗精、阳萎、月经紊乱等症状。

2.焦虑性神经官能症：主要表现为焦虑发作，植物神经机能失调和运动性不安。

3.歇斯底里神经官能症：（参见“癔病”节）

4.强迫性神经官能症：主要表现于思维上的强迫观念，强迫意向和强迫动作。

5.抑郁性神经官能症：其抑郁性情感表现为悲伤、绝望、孤独和自我贬值等。

辨证施治

1.肝气郁滞证：

主证：精神抑郁，情绪不宁，胸闷胁胀，游走疼痛、脘闷嗳气，不思饮食，大便不调，苔薄腻，脉弦；或急躁易怒，口干苦，头痛，目赤，耳鸣，便秘，舌红、苔黄，脉弦数；或咽中有梗物，苔白腻，脉弦滑。

治则：疏肝解郁，理气畅中；气郁化火，清肝泻火；痰气郁结，化痰散结。

处方：内关（－）　神门（－）　印堂透面针心区（－）　三阴交（－）（双）

气郁化火，加太冲（－）、蠡沟（－）；痰气郁结，加中脘（－）、丰隆（－）；气厥，加人中；失眠，加安眠（－）。

穴方简释：郁为气病，治当顺气宽中。方中取内关，宽、胸理气畅中；神门，养心安神；印堂透心区，定神醒脑；三阴交，兼配太冲，疏肝调脾；蠡沟清肝泻火，中脘、丰隆和胃化痰，人中醒脑开窍，安眠宁心安神。

操作方法：针刺得气后行提插捻转泻法，留针30分钟。

疗程：间日治疗1次,15次为一疗程;相隔1周可继续第二疗程。一般2～3个疗程。

2.脾肾虚证：

主证：心悸、健忘、失眠、多梦，神疲、纳差、面色不华,舌质淡、苔薄白,脉细，

或五心烦热、盗汗、口干、舌红、少苔，脉细数。

治则：宁心安神，调理脾肾。

处方：心俞（＋）　肝俞（＋）　脾俞（＋）　肾俞（＋）　百会（＋）　足三里（＋）　太溪（＋）（双）

酌情选配内关（－）、神门（－）、风池（－）、丝竹空（－）、中脘（＋）、三阴交（＋）、关元（＋）、气海（＋）。

穴方简释：虚证宜补。背俞，是脏腑之气输注于背部的特定穴位，故取心俞、脾俞、肝俞、肾俞，以补心肾、调肝脾；百会，升清健脑；太溪，滋阴益肾；足三里，补脾胃，益气血，实后天之源。心悸，配阴维之会内关；失眠，加冲门以安心神；风池、丝竹空，清泄上扰之火；中脘，和胃畅中；三阴交，调诸阴而安神；关元、气海，培元气而强壮。

操作方法：针刺得气后行提插捻转补法，进针宜浅，手法宜轻。留针30分钟。

疗程：间日治疗1次，15次为一疗程；停针1周后继续第2疗程。一般2～3疗程。

其他疗法

1.耳针：取皮质下、交感、心、神门。胸闷、胁胀，配肝；腰膝酸软，配肾；月经紊乱，配内分泌。

操作方法：每次取2～3穴，配合体针或单独治疗，每日或间日1次，留针30分钟，10次1疗程。病情稳定后改埋针法，5日更换1次。

2.水针：取心俞、安眠、巨阙、中脘、足三里、肝俞、脾俞、厥阴俞、肾俞（双），用维生素B_1或B_{12}注射液，10%当归注射液或枣仁注射液。

按症状选2～3个穴位，每穴各注射1毫升。间日1次，10次为一疗程。

3.头针：取运动区、感觉区、足运感器（双侧）。选用1～2区，每日或间日治疗1次，10～15次为1疗程。针后接脉冲电，留针30分钟。每疗程间停1周，一般3个疗程。

文献选录

“心痛、心烦：鱼际、少商、公孙、解溪、至阴、完骨。如梦遗、阳萎，中封穴灸百壮，及志室、膏肓俞等穴。”（《普济方》）

“怔忡：健忘、不寐：内关、神门、少海。”（《病机沙篆》）

“头旋：目窗、络却、百会、申脉、至阴。”（《神应经》）

“内伤症轻则头晕发热，四肢无力，不思饮食；重则头痛、吐逆、心脘痞闷，泄泻等症。灸中脘五十壮，关元百壮。”（《扁鹊心书》）

经验选要

焦国瑞用针刺治疗神经衰弱99例，按整体取穴（关元、足三里、内关、三阴交等）和对症取穴，每次选穴2～4个，以中等刺激手法，根据病情和针后效应确定留针时间，每日或间日治疗1次。其中痊愈20例（平均治疗9次），显效32例（平均11.2次），好

转40例（平均9.1次），无效5例（平均5.6次），不明者2例，痊愈显效率为53.61%，总有效率为94.85%。

有人以针刺配合耳穴埋针治疗强迫性神经官能症6例，经3～5疗程治疗，其中2例症状基本消失，1例显效，1例好转，2例无效，随访1～2年，2例基本痊愈者未再复发，其余复发者时间短，症状轻，针刺仍有效。

北京用电梅花针治疗神经衰弱183例，认为较单纯用梅花针治疗效果为高，针刺部位除梅花针疗法常规治疗部位外，并对局部症状施以刺激，每日治疗1次，每次3～8分钟，20次1疗程。结果，痊愈和近愈者37例占18%，好转139例，占76%，无效11例，占6%，总有效率为94%。

评述

1.神经官能症系大脑功能性疾病，在临床上，许多躯体疾病包括感染、中毒、颅脑外伤以及内分泌疾患等，都可以出现类似症状，应注意加以鉴别。

2.本病的病因和临床表现多样复杂，中医辨证多分虚实，实证有肝郁气滞及血、火、食、湿、痰诸郁？虚证以心、脾、肾三脏亏损为主。也有一些为正虚邪实，虚实夹杂的证候，故临床上当分别标本，急则治标，缓则治本，理法明晰，施治则每获良效。

3.由于本病的主要致病因素是沉重的心理负担和长期的精神紧张。因此，本病在治愈后常易复发。除了针刺或配合药物治疗以外，还可采用心理治疗、体育治疗和气功等自我锻炼。

丁育林

十八　精神分裂症

精神分裂症，是以基本个性改变，思维、情感、行为的分裂，精神活动与环境的不协调为主要特征的一类最常见的精神病。发病年龄以16～35岁之间的青壮年居多，男女间无明显差别，一般占精神病住院病人的60～70%。病程迁延，进展缓慢。

本病病因尚未完全阐明，一般认为是以一定遗传因素为基础，在机体内、外环境影响下，体内酶系统发生缺陷，导致生化代谢异常的一种疾病。

本病在我国古代文献中称：呆痴、花癫、花痴、心风等，属中医学中癫狂的范畴。癫证多静，属阴，包括思维紊乱、妄想幻觉、情感及行为障碍等，常以沉默痴呆、语无伦次、静而多喜为主要特征；狂症多动，属阳，主要表现为兴奋、狂躁、动作言语增多，以喧扰不宁、躁动打骂、动而多怒为主要特征。因二者症状难以截然分开，又可相互转化或夹杂出现，故常以癫狂并称。

病因病机

中医学认为，癫狂发病的主要因素是阴阳平衡失调，不能相互维系，以致阴虚于下，阳亢于上，心神被扰，神明逆乱而致。癫证，以七情所伤，喜怒无常，心阴亏耗，心失

所养；或所欲不遂，思虑过度，气机不畅，津液凝痰，上蒙清窍，以致神明失常。狂证，是由于情志抑郁，五志化火，心火暴张；或肝胆之火乘胃，结成痰火，顽痰随火入心，心神被扰；或气血凝滞，脑气与脏腑不相连接而发病。

现代学认为，本病的发病机理，一般认为与遗传因素、环境因素、病前特殊的个性特征、心理状态、内分泌失调和感染因素等有关，而精神创伤，如强烈而持久的精神刺激影响是本病发生的重要因素。

临床表现

本病的症状极其复杂多样，一般精神症状特征为思维联想散漫、分裂、感情迟钝淡漠，意志活动低下，幻觉和感知综合障碍，妄想以及紧张性木僵等。

早期症状，以性格改变和类神经官能症症状最为常见。精神活动迟钝、冷淡，与人疏远；或寡言呆坐，漫游懒散，违拗；或性格反常，无故发怒，不能自制，敏感多疑；或幻想、自语、自笑，无端恐惧等。临床分型如下：

1.单纯型：多数为孤僻、被动、活动减少，生活懒散；感情淡漠，行为退缩等。

2.青春型：言语增多，内容离奇，思维零乱甚至破裂；情感喜怒无常，表情做作，行为幼稚、奇特，时有兴奋冲动；活动亢进，意向倒错，幻觉生动，妄想片断。

3.紧张型：分兴奋和木僵两类，临床上后者居多。木僵多见动作缓慢少语少动，或终日卧床，不食不动，缄默不语，对言语、冷热、疼痛等无反应。兴奋，以突然发生运动性兴奋为特点。行为冲动，伤人毁物，骂詈高喊，内容单调。

4.妄想型：初起敏感多疑，渐为妄想，迫害自责，中伤和妒嫉，或出现幻觉。

辨证施治

1.癫证：

主证：精神抑郁，表情淡漠，寡言呆滞，或多疑思虑，语无伦次，或喃喃自语，喜怒无常，意志消沉，纳呆，舌苔白腻，脉弦滑；或呆若木鸡，目瞪如愚，傻笑自语，生活被动，甚则目妄见，耳妄闻，自责自罪，面色萎黄，便溏溲清，舌质淡、体胖、苔白腻，脉滑或弱。

治则：疏郁安神，豁痰开窍。

处方：百会（＋）　四神聪（＋）　印堂透面针心区（＋）　内关（－）　通里（＋）　神门（＋）（双）

相火旺，加太冲（－）蠡沟（－）；头痛，加合谷（－）；肝脾不和，　加足三里（－）、三阴交（－）；痰多，加丰隆（－）双；幻听，加听宫（－）、翳风（－）。

穴方简释：百会，为手足三阳、督脉之会；四神聪，为经外奇穴。二穴皆位于巅顶，取之可醒脑开窍。印堂透面针心区，是取心脑相应之意。内关，疏郁安神；神门、通里，调畅心气、安心安神；泻太冲、蠡沟，清泄相火；足三里、三阴交，调和肝脾；合谷、丰隆，清阳明，豁痰浊；听宫、翳风，疏导少阳。诸穴共奏醒神定志，豁痰通窍之效。

操作方法：进针得气后，采用提插捻转补泻法。癫证多虚，针刺宜浅，患者若配合，可留针30分钟。

疗程：隔日治疗1次，15次为一疗程。

2.狂证：

主证：烦躁易怒，自尊自大，狂言骂詈，哭笑无常，不避亲疏，弃衣而走，甚则终日不眠，面红唇焦，目有凶光，口渴冷饮，便秘，舌红、苔黄腻，脉弦滑数；阴虚火旺者，兼见形瘦面红，双目失神，情绪焦虑，多言不眠，舌红、苔光，脉细数。

治则：清心泻火，豁痰宁神。

处方：人中透龈交（－）　大椎（－）　鸠尾透上脘（－）　间使透支沟（－）（双）

酌情选配风府（－）、哑门（－）、丰隆（－）（双）。

穴方简释：泻任督相交之人中，透龈交以交通阴阳；鸠尾透上脘，豁痰镇静；大椎为诸阳之会，泻之可泄热定狂；间使透支沟，清心除烦，配风府、哑门泄督脉之阳，可醒脑安神；泻胃经络穴丰隆，以和胃豁痰降浊。

操作方法：进针得气后用提插捻转补泻法，针法宜深，宜重，不留针。

疗程：每日治疗1次，待狂躁稳定后可隔日1次，15次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取神门、心、脑干、皮质下为主，交感、肝、内分泌、胃、枕，每次可选取1～2穴，也可结合体针治疗。

2.电针：取人中、百会，或头颞（双）。每日针刺2～4次，每次取一组。针后接脉冲电，电压6伏，用较高频率间断通电，病人局部肌肉抽搐，麻胀感应很强。施术时，应严密观察，根据病人情况，调节电量和通电时间。本法适用于表现高度兴奋躁动的狂症。一般在2～3天内可控制症状，然后减少电针次数。

3.水针：取心俞、巨阙、膈俞、间使、足三里、神门，用氯丙嗪注射液，每天注射1次，每次选用1～2穴，每天用25～50毫克，各穴可交替使用。本法适用于狂症。

文献选录

发狂：少海、间使、神门、合谷、后溪、复溜、丝竹空。如痴呆取神门、少商、涌泉、心俞。（《神应经》）

癫狂十三穴：人中、少商、隐白、大陵、申脉（用火针）、风府、颊车（温针）、承浆、劳宫、上星、男取会阴女取玉门头（穴在阴道口端）、曲池（用火针）、海泉（出血）。以上十三穴依次针刺。（《千金方》）

发狂：曲池、绝骨、百劳、涌泉。（《针灸大成》）

风狂（言语无伦、持刀上屋）：巨阙灸二三十壮，心俞两侧各五壮。（《扁鹊心书》）

经验选要

金舒白等用针刺结合中药治疗精神病155例，根据不同类型的患者及其临床表现，选用不同的治则，以任督阴阳为纲，阴病治阳，阳病治阴，着重在督脉和心包经上取用主穴。同时依据病人情志的演变，配伍五输、原穴和络穴，如癫证在督脉上取印堂透心区，

配内关；狂证在督脉上取人中，透龈交，配间使等。结果：155例中癫证、狂证、癫狂合证痊愈分别为42、8、28例；显效分别为24、0、10例；好转分别为16、1、8例；无效为13、2、3例。

江苏治疗精神分裂症698例，随机分为单纯电针组与电针联合安适剂组对照。电针取穴：人中、百会、翳风、头颞、耳门、颧髎、神庭、素髎、风池、颅息、本神、头临泣、上星等，每次取1～2对穴，每日治疗1～2次，每次通电20分钟，20次为一疗程。每次治疗中，采用冲击疗法3次，每次冲击3秒钟至10分钟。冲击强度和时间根据病情而定。所用氯丙嗪或泰而登剂量不超过200毫克/日。用上法治疗，有效率在72.5～95.9%之间，平均84%，显效率在28.1%～69.5%之间，平均51.3%，观察表明：联合组较单纯组或药物组疗效高，且较优越。对病程较长的病人也可获较为满意的效果。

史正修等针刺治疗精神分裂症403例，其中治愈219例占54.3%，显效71例占17.6%，进步67例占16.6%。方法：①小量安定药物；②精神治疗；③针刺治疗：躁狂组取阳经督脉为主；泻法；抑郁组取阴经任脉为主，补法；妄想组用补法，属思虑伤脾者针中脘、膻中、神庭、神门、三阴交、内关、公孙；属惊吓伤胆者针中脘、巨阙、本神，或针神门、行间等穴。

评述

《难经》最早以阴阳为纲，提出"重阳者狂，重阴者癫"。故癫证属阴，多虚；狂证属阳，多实。在治疗上应以调整阴阳为施治大法。治癫取督脉，从阳引阴；治狂取任脉，从阴引阳，并随症选穴。由于本病病程迁延，时有反复，故辨证既明，须有方有守，才可取效。

针刺对本病有一定疗效，但因症状复杂多变，故可配合中药治疗。癫证多因痰气互结为患，忧郁惶恐，持久未解时，采用甘麦大枣合温胆汤加减。血虚，加当归、白芍；气虚加党参、白术；气郁，加柴胡、郁金；惊悸、少寐，加远志、夜交藤、珍珠母；烦心，加黄连；阴虚，去半夏，加生地、麦冬等。狂证多由痰火扰心所致，症见狂乱不休，便秘等，可配大承气合导痰汤加减。大便尚调者，以生铁落饮与导痰汤加减。癫狂互为转化者，运用龙胆泻肝汤化裁，妇女经瘀发狂，配当归桃仁承气汤；相火妄动，加黄柏、知母等。

本病治疗，无论在发作时或症状减轻、痊愈后，均应注意精神调养，避免情志刺激，防止复发。

张洪度　丁育林

十九　癔病

癔病，又称为歇斯底里，是神经官能症中较常见的一种病证。好发于青年人，以女性居多。在发病时，常可发现有明显的精神创伤为诱因，诸如自尊心受到损伤，人格受到侮辱或与同事发生争吵等所致的气愤、忧伤等心情。

本病起病急，病程长短随临床表现差异而不同，有些症状如痉挛发作，意识朦胧状态，情感爆发等持续时间较短暂。有些症状，如癔病性瘫痪、失音、感觉障碍等持续时

间较长。本病预后一般良好，往往经过暗示治疗，可以很快好转，但易于复发，每次发作时症状较为相似，或摹拟各种器质性疾病，因此要详细观察症状，以免发生误诊。

中医学无癔病的名称，但在古代医籍中早有类似本病症的记载，由于临床表现多变，故一般可纳入脏躁、奔豚气、梅核气、郁证和厥证等病证范畴。

病因病机

本病多由情志所伤，肝郁气滞而使脏腑阴阳气血失调所致。郁怒伤肝，思虑伤脾，肝气郁久则化火，脾气郁滞则生湿，湿火相兼，炼而成痰，痰气结于咽喉自觉有异物感；或心情抑郁，饮食减少，气血生化之源不足，可以引起脾气虚弱，肾阴亏耗。脾气虚，则不能为胃行其津液；肾阴虚，则水不能上济心火。虚火妄动，以致心神不宁，而成悲怒无常。

现代医学认为，病人都是在精神因素直接作用下发病的。癔病病人都具有强烈多变的情感、高度暗示性和自我显示性，特别富于幻想。此外，颅脑外伤、某些躯体疾病、月经期、疲劳、健康状况不良等均易促发本病。

临床表现

本病的临床表现多种多样，包括精神症状，运动症状和感觉症状三个方面。精神症状在兴奋时常哭笑无常，大吵大闹，手舞足蹈，甚至作戏剧样表演。在抑制时往往出现昏睡状态，也有突然出现木僵情况，但时间短，常可恢复正常。运动症状，常见的有语言抑制失音和肢体瘫痪，或见到肢体震颤和痉挛等，有的还可以出现眨眼、摇头等奇异动作。感觉症状，如突然失明耳聋，喉头有异物梗阻，及植物神经紊乱的呕吐、呃逆等，但患者经详细的体格检查不能发现与症状相符的阳性体征。

辨证施治

1.肝郁气滞证：

主证：精神抑郁，情绪不宁，多疑虑，善太息，胸肋胀痛或咽中梗阻，咯之不出，咽之不下，但吞咽饮食并不困难，苔白腻，脉弦滑。

治则：疏肝解郁，化痰宁心。

处方：内关（－）　神门（＋）　太冲（－）（双）

酌情选配天突（－）、丰隆（－）、照海（－）。

穴方简释：肝主疏泄，性喜条达，其经脉上贯膈，布胁肋，循喉咙之后，上入颃颡。方中内关、神门，宽胸理气、宁心安神；太冲，疏泄肝气；丰隆，和胃化痰；天突、照海，调气利咽。诸穴配合共奏疏郁宁神之效。

操作方法：进针得气后，用提插捻转泻法。

疗程：间日1次，15次为一疗程。

2.忧郁伤神证：

主证：精神恍惚，心神不宁，悲忧喜哭，时时欠伸，舌淡苔白，脉弦细。或兼见脘痞食少，心悸不寐，神倦，面色无华，舌质淡，脉细弦为心脾两虚，或兼见眩晕耳鸣，

面色泛红，手足心热，多汗，腰酸，健忘，艰寐，舌质红，少苔，脉细数，为心肾阴虚。

治则：滋阴益气，养心安神。

处方：心俞（＋） 肾俞（＋） 人中（－） 内关（＋） 三阴交（＋）（双）

酌情选配间使（－）、后溪（－）、身柱（－）、滑肉门（－）、通里（＋）、照海（－）、中渚（－）、听会（－）、合谷（－）、颊车（－）、中脘（－）、足三里（＋）、太冲（－）、阳陵泉（－）、人中（－）、中冲（－）、百会（＋）、大陵（－）、劳宫（－）、涌泉（－）。

穴方简释：本证临床表现多种多样，除取心俞、肾俞滋肾阴、益心气，人中醒脑，内关、三阴交理气健脾外，尚应随证选穴。哭笑无常，加间使、后溪；多语妄言，加身柱、滑肉门；失语，加通里、照海；耳聋，加中渚、听会；口噤，加合谷、颊车；呃逆，加中脘、足三里；四肢震颤，加太冲、阳陵泉；神志朦胧，加人中、中冲；木僵，加百会、大陵；昏倒不省人事，加劳宫、涌泉。

操作方法：进针得气后行提插捻转泻法，留针20～30分钟。

疗程：间日治疗1次，15次为一疗程。

其他疗法

1.水针：内关、膻中、足三里、曲池、阳陵泉（双），每次选1穴，用维生素B_1或维生素B_{12}注射液1毫升注入，间日1次，10次为一疗程。

2.耳针：取心、皮质下、枕、脑点、肝、内分泌、神门为主穴，胃、交感、咽喉、食道为配穴，每次选取2～3穴。主配穴交替使用，用强刺激手法，每次留针20分钟，10次为一疗程，恢复期可用埋针法。

文献选录

喜哭：百会、水沟。（《神应经》）

嗜卧：五里、太溪、大钟、照海、二间。（《普济方》）

咽中如梗：间使、三阴交。（《针灸大成》）

厥证：形无所知、其状若尸，由忧思惊恐，此证妇人多有之。灸中脘穴五十壮。（《扁鹊心书》）

经验选要

周长发电针治疗癔病500例疗效观察，取穴：百会、人中、内关、丰隆为主，加脉冲电刺激。症状消失12例（占2.4%）；症状基本消失，有复发但较轻为显效，计144例（占28.8%）；症状部分好转为进步，计312例（占62.4%）；症状无变化为无效，计32例（占6.4%），总有效率为93.6%。

辽宁观察针刺治疗本病400例，主穴取郄门，配穴人中、合谷、内关、曲泽、足三里、中脘、哑门，起初采用多针强刺激法，15次为一疗程。其后改用少针强刺法，5～7次为一疗程。留针15～30分钟，其中痊愈330例，占82.5%，显效34例，占8.5%，好转

6例，占1.5%，无效30例，占7.5%。

有报告针刺治疗癔病1020例，仅用太阳、合谷、癔穴（外踝直上2寸）三个穴位，采用短暂的重刺激，不留针或留数分钟，加用电针效果尤佳。治疗结果：除3例惰性癔病无效外，针刺后均可使症状缓解，其中针1次缓解症状者占89.1%，经针刺2～15次缓解症状占10.6%。

评述

1.癔病的临床表现多样复杂，除梅核气和脏躁症以外，还可出现类似厥证、奔豚气、暴瘖等病的症状。往往以痉挛发作为主征者居多。其次为意识障碍或机能障碍，故针刺手法采用多捻转，强刺激，久留针，长疗程，直至痉挛停止发作，主证改善。本病兼症较多，临床上要随证而施，灵活选穴。

2.针灸对本病有独特的疗效，尤其是毫针和电针疗法更为突出。对癔病中多发症状，如肢体痉挛、不语、癔病大发作，抽搐等，每可针到病除。如癔病性截瘫，无论疗程长短，绝大多数经治疗后均能奏效。故针刺可作为鉴别诊断的手段。

3.针刺癔病时，周围人的影响很重要，治疗环境尽可能安静，患者身边人员尽量要少。术者必须做到首次治疗即产生效果，否则将影响其后疗效。

4.针灸治疗本病的同时，还可配合理疗及中西药物治疗，适当参加体力活动，保持身心愉快。

张洪度

二十　原发性多汗症

原发性多汗症，是中枢神经功能失调而致植物神经系统汗腺分泌纤维过度活动的结果。通常对称地见于身体两侧比较局限的部位，如手、脚或面颊，这为局限性多汗症。此外，还有全身或身体一侧汗液分泌增多，分别称为全身性多汗症与偏身多汗症。本症天气炎热、剧烈运动或情绪波动、吃刺激性食物时更为显著，而神经系统的其他功能则完全正常。在中枢或周围神经病变如震颤麻痹、脊髓空洞症和灼性神经痛等中可见本症，但均有原发性疾病的主要表现。祖国医学据其汗出部位不同并有不同的叫法，均可因邪或正的盛衰导致营卫不和而出现本症。

病因病机

原发性多汗症中局限性及全身性多汗症常发生于神经系统的某些器质性病变：小脑、延髓、脊髓神经节、神经干损伤、炎症及交感神经系统疾病可引起全身或局部多汗；如丘脑、内囊、纹状体及脑干等处某种损害时，可见偏身多汗；局限性多汗有的可能与遗传因素有关，多为先天性多汗症。

中医根据其汗出过多的部位并结合其全身情况分析病因病机：《灵枢·本藏》"卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理，可开合者也"。"卫气和则分肉解利，皮肤柔润，腠理致密矣。"卫气乃由脾胃水谷精气所化生，所以全身汗出过多则是中焦脾胃气

虚而卫气化生不足，固摄无力，腠理疏松而致。

偏身汗出过多中医称为汗出偏沮。《素问·生气通天论篇》："汗出偏沮，使人偏枯"，症多见于中风或某些脏腑机能衰退的疾病，因患肢经脉气血不足，卫阳不固。

局限性多汗症中医据其汗出部位不同而命名各异：

1.头汗，仅指头面部汗出而言。《伤寒·辨太阳病脉证并治》："但头汗出，剂颈而还。"本症有与先天性，与遗传有关，俗称"蒸笼头"；有与湿热蒸蒸或阳气不足有关者。

2.心胸汗出，又称心汗。《类证治裁·汗症》"当心一片，津津自汗，名心汗。"多因心脾或心肾虚损相关。

3.手足汗出：《伤寒明理论》"胃主四肢，手足汗出者，阳明之证也。"本症可因脾胃湿热但多以中焦气阴两虚为多见。

4.腋汗：《类证治裁·汗症》，"少阳挟热，……或腋汗……。"腋汗一症也可见于肝虚内热，临床上本症常伴臊臭，其病因由于湿热蕴结或遗传有关。

总之局限性多汗症更多见于先天性与遗传有关，也恐与禀赋不足，局部血行不畅，经络之气阻滞有关。

临床表现

原发性多汗症如出现在局部以头、颈、掌、跖为多见，常呈对称性，患处湿冷伴皮肤苍白，并汗出多少受情志、刺激性食物影响；亦有仅出现在肢体一侧或全身出汗过多者。

本症当以汗出过多为主症，也可不伴有明显的兼证。

辨证施治

本症据多汗部位不同而分三大类。

1.全身性多汗症：

主证：全身性汗出过多，皮肤易发生汗疹毛囊炎；或伴神疲乏力，形体消瘦，纳谷不馨，舌淡胖、苔薄，脉细者。

本证类同于自汗一症，本证当属气虚，但如兼有虚寒象即为阳虚；唯从汗出程度视之，本病的汗出量多于中医所述之自汗，以致伴有汗症及毛囊炎症，自汗则无此象。

治则：调和营卫，益气敛汗。

处方：大椎（＋） 复溜（＋） 合谷（－） 气海（＋） 三阴交（＋）（双）

穴方简释："卫气者……可开合也。"具调摄汗液之功，汗出过多当为卫气生化之源不足，卫阳不固，调摄少力，而也有禀赋不足者。补大椎以调诸阳之会；《针灸大成》"多汗先泻合谷，次补复溜。"故准之，补气海，乃元气之海也，并补脾经三阴交，以治其本。

操作方法：针刺得气后，行补泻手法，留针20分钟；阳虚者加灸气海，灸大椎。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

2.偏身多汗症：

主证：肢体的一侧汗出过多(若见上半身或下半身多汗者，不在此例)，常遇于卒中后遗患者，能诊见患侧皮肤温度降低，划痕试验（＋）。兼有面色少华，倦怠无力，手足发麻，脉细弱，舌淡胖。《中医临证备要》：“偏左或偏右半身汗出，多因气血不固。”

治则：疏通阳明经气，以调营卫。

处方：臂臑（－） 手三里（＋） 合谷（－） 足三里（＋） 阴郄（＋） 均患侧

穴方简释：阳明乃多气多血之经，疏通阳明经气，则助气血生化之源，而固卫气之功，使其汗自敛；阴郄敛汗之功，首见于《大成》“百症赋”中。

操作方法：进针得气后用提插捻转补泻法，留针20分钟。

疗程：隔日一次，10次为一疗程。

3.局限性多汗症：

(1) 头汗：

主证：仅见头面部汗出过多，并随兼证不同而治则亦异。

兼证：①湿热重蒸。伴小便不利，身目发黄，恶气发热，苔黄腻，脉濡数。②阳气不足。伴面皖白，肢冷，气短，畏寒，神疲，舌淡嫩，脉虚细。多见于产后、病后或老人。

治则：湿热重蒸者，清热利湿。阳气不足者，温阳益气。

处方：

①湿热熏蒸：足三里（＋） 阴陵泉（＋） 三阴交（＋） 合谷（＋） 丰隆（－）（双）

②阳气不足：大椎（＋） 足三里（＋） 气海（＋） 关元（＋） 阴陵泉(＋)（△） (双)

穴方简释：湿热而多汗出者，当以健脾胃利湿热，故补脾胃经合穴足三里，阴陵泉、泻丰隆以去痰湿。合谷补之先于大成。阳气不足，当取诸阳之会大椎，补气海、关元以回阳，补足阳陵泉、三里以助中焦之功。并可灸诸穴。

操作方法：进针得气后用提插捻转补泻法，留针20分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

(2) 心胸汗出：

主证：以心胸部汗出过多者，又称“心汗”。

兼证：①心脾气虚。伴面色皖白，气短，心悸健忘，纳少，便溏，舌淡胖，脉濡细。②心肾阳虚。兼虚烦失眠，心悸健忘，头晕耳鸣、咽干舌燥，腰酸梦遗，烦热，小便短赤，舌红、少苔，脉细数。

治则：心脾气虚者，养心健脾益气敛汗。心肾阳虚者，养心补肾壮阳。

处方：

①心脾气虚：心俞（＋） 脾俞（＋） 阴郄（＋） 足三里（＋） 阴陵泉（＋）（双）

②心肾阳虚：心俞（＋） 肾俞（＋） 复溜（＋） 膻中（＋） 三阴交（双）

穴方简释：心脾气虚及心肾阳虚，病均在脏，故取“脏病可取俞”当先选用相应背

俞穴并取其原、合穴以补相关脏器之本，阴郄敛心汗，膻中乃气之会也，当补之益气胸汗出亦可灸之，以益气壮阳。

操作方法：（同“全身汗出”）

疗程：（同“全身汗出”）

(3) 手足汗出：

主证：汗出过多见于掌、跖部者。

兼证：①脾胃湿热。伴胸闷，纳呆，肢重体困，小便短赤，舌苔黄腻，脉濡滑。②脾胃阴虚。伴咽干口燥，睡后益甚，饥不欲食或干呕作呃，大便不调，舌红、少苔，脉细数。

治则：脾胃湿热者，清热利湿。脾胃阴虚者，滋养胃阴以敛汗。

处方：

①脾胃湿热：（穴与方，同“心胸汗出”中脾胃湿热型其释亦同）

②脾胃阴虚：脾俞（＋）　胃俞（＋）　足三里（＋）　阴陵泉（＋）（双）
中脘（＋）

穴方简释：脾胃湿热，同“心胸汗出”中之同型。脾胃阴虚，取其相应背俞穴与合穴以补中焦脾胃达养阴目的，中脘乃胃募也。

操作方法：（同“全身汗出”）

疗程：（同“全身汗出”）

(4) 腋汗：

主证：两腋下乃至胁下局部出汗过多者。伴臊臭，多为遗传性。

兼证：①肝虚内热。腋汗不臭，虚烦不眠，多梦易惊，头晕乏力，潮热，五心烦热，舌红、少苔，脉弦细数。②肝胆湿热。腋汗而臭，胸闷纳呆，口苦、粘腻，身重体倦，小便短赤，苔黄腻，脉弦数。

治则：肝虚内热者，滋阴柔肝清热。肝胆湿热者，清热利湿。

处方：腋下局部用七星针轻叩。

①肝虚内热：太冲（＋）　曲泉（＋）　肝俞（＋）（双）

②肝胆湿热：行间（－）　蠡沟（－）　肝俞（－）　胆俞（－）　侠溪（－）（双）

穴方简释：局部轻叩以疏通局部经气；腋汗循经脉而泄，责于肝胆，肝虚内热当用补法以养肝故取其原穴太冲，合穴曲泉，及背俞穴肝俞。肝胆湿热：泻其邪热祛湿为之，故取荥穴行间、侠虚、络穴蠡沟，并泻之。

操作方法：（同“全身汗出”）

疗程：（同“全身汗出”）

其他疗法

皮针：局部多汗症：可于多汗局部用七星针轻叩，隔日一次，每叩至皮肤潮红为度。

文献选录

多汗合谷补之先，次泻复溜，汗即干。（《针灸聚英》）

多汗先泻合谷，次补复溜。（《针灸大成》）

“冷气，灸关元百壮”可温下焦而止汗。（《千金方》）

汗出不恶寒，阳陵泉主之。（《经穴学辑要》）

经验选要

拦江赋：重汗更将合谷补，复溜穴泻好施针；倘若汗多流不绝，合谷信补效如神。

针刺治汗症体会，“合谷、复溜采用不同补泻手法对汗液者不同调节作用”。证为先补合谷，后泻复溜可发汗；先泻合谷，后补复溜则止汗。（中医杂志1985年3月）

手足多汗症治验二例，例一：心肾阴虚而阳亢：补复溜、泻阴郄。例二：心肾阳虚、卫气失固：补复溜、气海，泻合谷。

王文静

第六节　血液系统疾病

一　贫血

贫血，是由多种病因所致的综合征。其循环血液中，血红蛋白量、红细胞和红细胞压积低于正常人的最低值。正常人血红蛋白量，男性：120～150克／升，女性100.5～150克／升；红细胞数，男性，$4.0\sim5.0\times10^{12}$／升，女性，$3.5\sim5.0\times10^{12}$／升；红细胞压积，男性，0.40～0.50容积%，女性，0.37～0.48容，其中以血红蛋白量下降为主。

根据红细胞形态可分为大细胞性贫血、正常细胞性贫血和小细胞低色素性贫血。按其病因可分为造血不良性贫血、溶血性贫血和失血性贫血。

各种贫血在祖国医学均属“血虚”范畴。而再生障碍性贫血与祖国医学中“虚劳亡血”相类似。

病因病机

五脏受损，可致贫血发生。脾为后先之本，若饮食不节、劳倦内伤，损伤脾胃，气血生化功能衰退，可致气血不足。先天不足，肾精亏损，则骨髓不充，髓虚则虚血不能复生。肾精虚损，肾阳不振，脾土失于温煦，则致脾肾阳虚。肝藏血、肾藏精，精血同源，若烦劳过度，形神过耗，致肝肾精血虚少，失于滋养致肝肾阴虚。总之，贫血与心肝脾肾四脏关系密切。

现代医学认为，贫血可由骨髓造血功能障碍，叶酸、维生素缺乏、缺铁、失血和溶血等多种病因引起周围血液红细胞总数和血红蛋白的含量低于正常。

临床表现

贫血缺氧致敏感器官血流量明显增加，而出现皮肤粘膜苍白。循环系统症状，在轻度贫血时不明显，中度贫血时出现窦性心动过速，心前区明显搏动，脉压增宽，循环时

间缩短，心输出量增多，心尖区和肺动脉瓣区中等度的吹风样收缩期杂音，重度贫血可出现心绞痛，心电图可见QRS低电压，T波平坦或倒置，严重贫血全心扩大，终发展为贫血性心脏病。呼吸系统方面，在中度贫血病人可见稍活动或情感改变后即有呼吸困难，重度贫血即使卧床亦感气短。由于胃肠粘膜缺氧，可见食欲不振、恶心呕吐、腹胀腹泻或便秘等消化系统症状。肾脏缺氧出现多尿，低比重尿，蛋白尿，男性表现为外生殖器发育不良，性功能减退，女性可见月经不调，或继发性闭经和不孕症。因神经和肌肉缺氧，可见倦怠无力，头晕耳鸣，记忆力减退，注意力不集中等，恶性贫血常伴有周围神经炎和脊髓退行性变。

辨证施治

1.气血两亏型：

主证：起病缓慢，证见面色不华或萎黄，眩晕心悸，气短乏力，或伴有低热，舌质淡红、苔薄，脉濡细。

治则：益气养血。

处方：膈俞（＋）　血海（＋）　足三里（＋）　合谷（＋）　悬钟（＋）（双）

酌情选配胃俞（＋）、　脾俞（＋）。

穴方简释：合谷，足三里为手足阳明经之原、合穴，此经多气多血，故有益气生血的作用。血海为脾经输穴，为治血之要穴，膈俞为血之所会，悬钟为髓之会穴，髓能生血，故数穴相配，可使血生气充。

脾胃为后天之本，配脾俞、胃俞穴，可增强水谷运化、精血生成之功。

操作方法：进针得气后用提插捻转补法，留针30分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

2.脾肾阳虚型：

主证：形寒肢冷，四肢不温，神疲懒言，自汗，腰酸，阳萎，月经不调，舌质淡、形胖，苔薄白，脉沉细。

治则：温补脾肾。

穴方：大椎（＋）　脾俞（＋）　肾俞（＋）（双）

酌情选配　关元（＋）、复溜（＋）（双）。

穴方简释：大椎为诸阳之会，为壮阳之要穴，脾肾阳气衰微，取脾俞、肾俞以培脾气，温肾阳。加取关元能助肾之元阳，阳生则阴长，复溜为肾经金穴，取虚则补其母之意。

操作方法：大椎穴针尖向下刺1寸，针感沿脊柱传至腰部，脾俞针向棘突，肾俞直刺，均为2寸。关元穴可针后加用灸法，每次5壮。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

3.肝肾阴虚型：

主证：除见气血两亏证候外，尚有两颊潮红，头晕目眩，腰膝酸软，咽喉干痛，低热盗汗，五心烦热，失眠遗精，月经过多或崩漏不止，舌质红、苔少，脉弦细。

治则：补益肝肾，滋阴清热。

处方：太溪（＋） 太冲（＋） 肝俞（＋） 肾俞（＋）

酌情选配三阴交（＋）、膈俞（＋）。

穴方简释：太溪为肾经原穴，太冲为肝经原穴，配以肝俞、肾俞以达滋补肝肾的作用。三阴交善滋阴液，膈俞化阴生血。

操作方法：太溪、太冲直刺1寸，肝俞、肾俞刺向棘突，均进针2寸，施捻转补法。足三里直刺2寸。膈俞刺向棘突，进针1寸2分。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取心、肝、肾、脾、膈、肾上腺、皮质下、内分泌每次选3～4穴，每日1次，10次一疗程，针用补法。

2.梅花针：取背部俞穴，按常规打刺后，重刺第4胸椎至第2腰椎两侧，每日1次。

3.艾灸：取大椎、心俞、膏肓、关元、足三里，配肝俞、脾俞、胃俞、肾俞、三阴交、曲池、血海，每日灸1次，每穴灸5～15壮。

4.埋线：取血海、肾俞、肝俞，按常规操作，每15天埋线一次。

5.割治：取公孙、然谷、涌泉，每次选1～2穴，切口长约1厘米，取出少量脂肪，用止血钳刺激后，胶布固定。

6.穴位注射：主穴脾俞、膈俞、心俞，配以肾俞、肝俞、悬钟，每次取主、配穴各1个，各注射维生素B_{12}50毫克，或5％的当归液0.5毫升。每日1次，10次为一疗程。

文献选录

内伤唾血不足，外无膏泽，刺地五会。（《针灸甲乙经》）

膈俞……《难经》曰：血会膈俞。疏曰：血病治此。盖上则心俞，心生血，下则肝俞，肝藏血，故膈俞为血会。主一切血疾。（《针灸大成》）

刺长强与承山、善治肠风新下血，天府、合谷，鼻中衄血宜追。女子少气漏血、不无交信合阳。（《百症赋》）

肝家血少目昏花，宜补肝俞力更加，更把三里频泻动，还光益血自无差。（《玉龙歌》）

经验选要

再生障碍性贫血：患者张××，男，6岁，因乏力、食差1月，发热10余日，皮肤紫癜，齿龈出血5天就诊。查：面色苍白、面部浮肿，全身粘膜及皮下可见散在性紫癜，心尖可闻轻度收缩期吹风样杂音，肺（－），肝大肋下6厘米，脾大3厘米，化验：红细胞1.2×10^{12}/升 血色素0.22，白细胞11×10^{9}/升，中性0.48，淋巴0.52，血小板12万，出血时间27分钟以上，凝血时间0.5分钟，网织红细胞0.007，肝功（－），粪钩虫（－），骨髓检查：幼淋巴0.29，淋巴细胞0.69，中性0.02。特征：全片核细胞极度减少，淋巴细胞相应增多，未见巨核细胞，诊断为再障性贫血。入院后

经抗炎及一般治贫血治疗，体温下降，血象无明显改善，改用针灸治疗。针刺足三里、膏肓、曲池、三阴交、命门，留针4～6分钟，每日1次，每10天在腰骶正中线尾骨上2横指处施灸1次（用艾条回旋灸法，每次灸10分钟）。针灸后症状逐渐改善，共计24次，灸3次痊愈出院。出院时检查：红细胞4.0×10^{12}/升，血色素0.74，白细胞8×10^{9}/升，中性0.07，淋巴0.07，嗜酸性0.02，血小板17×10^{9}/升。骨髓检查：涂片核细胞呈正常范围内之高再生粒红比例为2.3：1，除上极少数巨核细胞外，其它细胞均呈正常再生。（《针灸临床经验辑要》焦国瑞编；人民卫生出版社。1981年12月出版）

养肝法治"再障"：1953年6月诊治一位王姓52岁女患者，头晕作呕，气短腿软，不思饮食，面色苍黄，舌红光滑无苔，脉细数，血红蛋白量2.5g%，红细胞计数86万/立方毫米，血小板计数4×10^{9}/升；经骨穿诊断为"再生障碍性贫血"。曾在多家医院经多种中西药物治疗8个月，共输血14次，计3300毫升，均未见好转。叶氏选三阴交和足三里两穴隔日针1次，双侧交替，留针30分钟，起针后点刺期门并配服滋补肝肾和调肝清热之中药，前后治疗80天，症状消失，血象已完全正常，并能参加一般轻体力劳动。（《当代中国针灸临症精要》"叶心清临证经验"　天津科学技术出版社；1987年7月出版）

评述

针灸治疗贫血病的疗效，主要取决于贫血的类型与原发病的轻重。一般来说，针灸对缺铁性贫血的疗效，较其它类型的为好，但也不否定其他各型的临床针灸疗效。

现代研究表明，针刺正常人的足三里、合谷等穴可使红细胞总数一度升高，血红蛋白含量上升，但维持时间较短即恢复正常。悬钟（绝骨）穴是治疗贫血病的常用穴位，因"髓会绝骨"，故针灸此穴则可增强造血系统的功能，可使红细胞的生成和增多。因此，认为本组穴治疗贫血是疗效可靠的穴组，临床应予重视应用。

对于本病的预防，临床应注意导致贫血的病因与疾病，防止滥用对造血系统有抑制作用的药物，以免贫血病的发生和发展。如病程长，病情重、出现严重贫血者的治疗，在针灸的同时可适当配合药物。如气血两亏，可配服益气养血；脾肾阳虚者，可配服温补脾肾；肝肾阴虚者，可配服滋肾养肝，等等方药。据临床观察，结合辨证分型，用药施治，可助针灸，相得益彰。

由于血液系统疾病，病情有轻有重，加之病因复杂，临床中应针、灸、药三者并重，以提高临床治疗本病的效果。

邵经明　高希言

二　白细胞减少症

当周围血液中白细胞计数持续低于4×10^{9}／升，中性粒细胞百分数正常或稍减少，称为白细胞减少症。本病是由多种原因引起的一组综合征，临床可无症状或有轻度乏力和感染等表现，一般分为原因不明性和继发性两大类。一般认为，物理化学因素（如各种放射性物质、化学品或药物），或感染、遗传等因素均可导致本病。近年来，

由各种原因引起的白细胞减少症日益增多，已受到临床工作者的重视。

本病属中医学虚劳的范畴。

病因病机

白细胞减少症的发生与脾肾关系最为密切。脾为生化之源，水谷精微全赖脾之运化、输布全身以营养五脏六腑、四肢百骸、肌肉筋骨。肾藏精、生髓，主命门之火；肾阴濡养滋润人体各脏腑、肾阳蒸发五脏之阳气、温煦肌腠，

若人体禀赋不足，病后体弱，或感受四时不正之气，病毒侵袭或用药不当等，均可损伤正气，致脾肾亏虚、营卫气血衰少而致本病发生。

临床表现

原因不明性白细胞减少症，一般无明显症状，或仅有全身乏力、低热、食欲不振、头晕失眠、心悸等。其病程较长，多呈慢性良性过程，常在适当休息和治疗后，病情改善或恢复正常。

继发性白细胞减少症，其本身无特征性临床表现。由感染引起时，决定于原发病的不同，而出现各种相应的症状和体征。如因各种物理因素引起者，多出现乏力、头晕失眠等一系列神经官能症表现；药物引起时，常在治疗原发疾病过程中发生。

辨证施治

1.脾气虚弱：证见饮食减少，食后胃脘不舒，倦怠乏力，大便溏薄，面色萎黄，舌质淡、苔薄，脉象软弱。

2.心脾两虚：证见心悸失眠，食少肢倦，面色无华，舌质淡嫩、苔白，脉细弱。

3.脾肾阳虚：证见形寒肢冷，面色㿠白，腰膝或少腹冷痛，大便溏，小便不利，舌质嫩淡、苔白滑，脉沉弱。

4.肝肾阴虚：证见头晕目眩，失眠健忘，耳鸣，咽干，腰膝酸软，五心烦热，盗汗，舌红、苔少，脉细数。

治则：益气养血，滋阴助阳。

处方：足三里（＋）　三阴交（＋）　血海（＋）　膈俞（＋）（双）

脾气虚者，加脾俞；心脾两虚者，加心俞、神门、脾俞；脾肾阳虚者，加关元、气海、肾俞、脾俞；肝肾阴虚者，加肾俞、太冲、太溪。

穴方简释：足三里，为强壮要穴之一，能补气生血；三阴交，健脾强中；血海、膈俞，可补养气血。四穴合用，共奏益气养血之功。心俞、神门，可安神益血；脾俞，为脾经俞穴，能健脾温中；太溪，为肾经原穴与肾俞相合，可滋补肾阴；太冲，为肝经原穴，能养肝平肝。

操作方法：进针得气后用提插捻转补法，留针30分钟，加灸，每日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取胸椎、交感、内分泌、肾、肝，每次选3～4个穴位，留针20～30分

钟，每日1次，10次为一疗程。

2.艾灸：取大椎、肾俞、足三里，采用温和灸，以皮肤红晕为度。

经验选辑

姜德绪等用针刺治疗白细胞减少症25例。经1～3个疗程治疗后，痊愈13人，显效9人，好转2人，无效1人。白细胞平均上升到 5.1×10^9／升。所选主穴：足三里、三阴交、绝骨、血海、膈俞。配以太冲、太溪。采用多补少泻针法，每日或隔日针刺1次，6次为1疗程。（《陕西中医》（针灸增刊）：9，1981年）

评述

白细胞减少症，在中医文献中无此病名。据其病因病机与临床表现，按虚劳辨证治疗可收到一定效果。近年来，随着抗癌新药的不断出现与放射治疗的广泛应用，其治癌效果大大提高，但其副作用亦随之出现。因此，在放疗或化疗的同时，配合针灸治疗，能提高人体抵抗力，减少治疗中的副作用，以期提高疗效。

临床研究已证实，针灸能提高白细胞减少的数量。如针刺哑门穴，100%可引起白细胞总数增多；针刺华盖穴，可使白细胞总数及中性白细胞增高，并具有促进骨髓造血功能的作用。有人报导，针刺大椎、合谷、足三里治疗因放疗化疗所致的白细胞减少症，可收到显著疗效。对脾功能亢进而致的白细胞减少症，采用针灸治疗，亦可收致良好效果。还有人报导，针刺大椎穴，除白细胞数量变化外，并有明显左移现象，一叶核细胞比例增多，而4～5叶核细胞比例减少。针刺足三里、杆状核比例亦增多。如针其他穴位则仅见数量上的增加，并无左移现象。可见，临症时，若能对症选穴，辨证施针，可收到一定效果。

本病预防，应做好职业性防护措施，避免滥用各种可能引起白细胞减少的药物，若必须用，应注意观察观察血象或配合针灸治疗，发现白细胞减少时，则应减量或停药。

邵经明　高希言

三　原发性血小板减少性紫癜

原发性血小板减少性紫癜，是血液病中常见的一种出血性疾病。本病以皮下、粘膜与内脏出血为主要特征，且多发于儿童及青年，女性多于男性。对其发病原因和机理，目前认为是一种与免疫有关的疾病，所以称其免疫性血小板减少性紫癜。

本病的诊断依据是，有不同部位的皮肤、粘膜或内脏不同程度的出血；实验室检查血小板计数减少，出血时间延长，血块退缩不佳；毛细血管试验阳性；骨髓穿刺涂片检查，符合原发性血小板减少性紫癜。同时，要除外过敏性紫癜、恶性贫血及脾功能亢进等疾病。目前对于常用疗法，有皮质激素疗法，投用免疫抑制剂、输注浓缩血小板等，虽有一定疗效，但据有关资料表明，远期疗效均不够理想。我们采用调整气血、驱邪扶正的针刺治疗，据临床观察，疗效较为巩固。

根据本病的主要临床表现，属于祖国医学的血证范围。

病因病机

本病的发生主要由于血不循经，溢出脉络，渗于肌肤之间，则出现瘀点、瘀斑。其病因虽较复杂，但不外内因与外因。其病机由于临床有急性和慢性的病情不同，所以其机理也有所异。

1.急性：多由时邪温毒，蕴于血分，迫血妄行，溢出常道，出现全身性分布不匀的瘀点、瘀斑。但多见于儿童或青年。

2.慢性：多见于病久，或年龄较大，肾阴耗伤，虚火上炎，除出现紫癜外，且易伴发鼻衄或齿龈出血和一系列阴虚的临床表现；如劳损心脾，失其主血、统血能力，以致血液不循常道，溢出脉外，渗于肌肤之间而发生紫癜；若血液内出可见月经过多或便血；如怒气伤肝，肝郁化热，藏血功能失司，血液溢于肌肤也可发生本病。

根据临床观察，时邪温毒侵袭，迫血妄行；肾阴不足，虚火上炎；劳损心脾，气不摄血和肝郁化热，血失所藏等因素，都可导致紫癜的发生。

临床表现

临床上将本病分为急性期和慢性期。一般病程在半年以内为急性期，半年以上为慢性期。

1.急性期：常见于儿童，在发病1～3周前，可有上呼吸道或其他病毒感染史。起病急骤，畏寒，发热，皮肤出血，有大量瘀点，甚至片状瘀斑，偶见皮下血肿，经实验室检验，血小板显著减少。紫癜通常出现于四肢，尤以下肢为多。粘膜出血多见于鼻、齿龈。口腔及舌可出现紫血泡。胃肠道及泌尿道出血，时有所见。颅内出血者不多，如果出现就会有生命危险。如患者有头痛、呕吐，要警惕颅内出血。本病在急性期，往往呈自限性，或经治疗，常在数周内逐渐缓解或痊愈，亦有少部分患者转为慢性。

2.慢性期：较为常见，以女性中、青年为多。起病缓慢，一般出血也较轻，可持续性出血或反复发生皮肤瘀点。有时出血可局限一个部位，如鼻衄。在女性病人可出现月经量多或经期延长，发作程度、轻重不一，多数患者有皮肤瘀点或瘀斑，血肿较少见。长期反复发作，可有脾脏肿大或贫血。要除外继发性血小板减少性紫癜。

辨证施治

根据临床观察，将分型、主证、治则分述如下。

1.温毒内蕴：

主证：发热，或已不发热，头晕烦躁，五心烦热，小便多黄，舌质鲜红或绛、苔薄黄或厚腻。此乃温毒蕴于血分。

治则：凉血解毒。

2.肾阴不足：

主证：头晕耳鸣，记忆减退，腰膝酸软，午后潮热，盗汗咽干，舌红、苔少或无苔，脉象细数，此乃肾阴损伤。

治则：滋阴降火。

3.心脾俱虚：

心悸健忘，失眠纳差，倦怠懒言，腹胀便溏，面黄，舌淡，脉多缓弱。此乃心脾气血两虚。

治则：健脾补气宁心。

4.肝郁化热：

主证：性情易怒，烦躁头晕，口苦胁痛，寐少多梦，经期乳房胀痛。此乃肝郁失其疏泄。

治则：疏肝理气。

根据辨证与治则，拟订如下处方，可随证加减。

处方：足三里（＋）　血海（＋）　三阴交（＋）（双）

温毒内蕴，泻曲泽、委中；肾阴不足，补肾俞、复溜；心脾俱虚，补膈俞、脾俞、神门；肝郁化热，补肾俞、泻太冲。

方义简释：足三里，是足阳明胃经的合穴，阳明经为多气多血之经，故取此穴可健脾和胃、调理气血，为增强体质的要穴；血海，为气血化生归聚之处，可用于治疗诸般血证，有调和气血、活血化瘀生新之效；三阴交，是肝脾肾三经之会穴，可藏血、统血、平衡阴阳，有综合治理气血的作用。三穴同用，有补益气血、增强体质、抗御外邪、活血化瘀生新之功。据临床观察，消除紫癜，提高血小板计数具有较明显效果。

此外，点刺曲泽、委中出血，可泻血中之余热，以凉血止血；肾俞、涌泉，可滋阴降火，导热下行；膈俞、脾俞、神门，可健脾补气、益血安神，肝俞、太冲，可平肝理气。

操作方法：热邪偏盛，进针得气后用提插泻法。对阴虚火旺或肝郁化热可先泻后补，或平补平泻。对病程较久，体质虚弱，气血不足可用补法。除脾肾阳虚，用灸法外，治疗本病一般多用刺法。

文献选录

衄而不衃，血流，取足太阳；衄，取手太阳。不已刺腕骨下；不已刺腘中出血。”又云：“鼻鼽衄，上星主之。”（《针灸甲乙经·血溢发衄第七》）

“刺长强与承山，善治肠风新下血。”（《百症赋》）

“鼻衄不止：合谷、上星、百劳、风府，……。针前不效，复针后穴：迎香、人中、印堂、京骨。”（《针灸大成》）

经验选要

申旭德等针刺治疗血小板减少性紫癜28例临床观察。取穴：膈俞、血海、脾俞、三阴交。先针膈俞、脾俞，呈45°角向脊柱方向斜刺，快速进针，提插，得气后留针5分钟。继针血海、三阴交，直刺，得气后留针30分钟，每日1次，1个月为一疗程，治疗期间，停止用药。结果：治1个疗程后出血症状消失，血小板上升至10×10^9/升以上为显效，16例，进步5例，无效7例。半年后随访9例，其中6例疗效巩固。（《山西中医》（针灸增刊：（6）1983年）

徐财源针刺涌泉穴治疗血小板减少性紫癜。作者采用针刺治疗本病数例，认为效果良好。现介绍1例：男，32岁，病程5个月，镜检血小板6×10^9/升。因服药无效，改用针刺治疗，采用快速进针强刺激手法，针刺双侧涌泉穴，每日1次，不留针，7天

后，头昏好转，四肢皮下青紫斑变淡，新紫斑未见发生，血小板增至15万×10^9/升，停针3天，后又针治7天，以巩固疗效。10年来未曾服药，再无青紫斑出现。血小板保持在12万×10^9/升左右。（《浙江中医杂志》(1)：39，1980年）

评述

血小板减少性紫癜是血液病中的一种常见病。有原发性（特发性）和继发性两种。继发性，是指原患有再生障碍性贫血、白血病、药物中毒等其他疾病而引起者，本文均未加讨论，仅对原发性血小板减少性紫癜进行了论述。

本病属于祖国医学"血证"中的皮肤出现瘀点、瘀斑或伴有鼻衄、齿衄等范畴。我从四十年代到六十年代治疗本病都以中药为主。在七十年代后期，有一35岁的妇女患胃下垂，求治于针灸。在针刺腹部和下肢俞穴时，发现数处瘀斑，小者如葡萄，大者如手掌，当了解到该患者有月经过多、经期延长和血小板减少史时，便根据辨证施治原则，选用足三里、血海、三阴交为主穴，并配以治疗胃下垂的俞穴。前后针计10余次，临床症状消失，经检查胃恢复正常位置，血小板由8万×10^9/升，上升到12万×10^9/升。10多年随访，二病均未反复。从此对原发性血小板减少性紫癜的治疗，都以针刺为主。据临床观察，针刺治疗本病，不仅临床症状消失快，而且血小板升高也优于药物。但对其机理，尚不够明了。

历代文献对本病均缺乏针刺治疗的记载。现代文献虽时有报道，但为较少数有待今后通过实验研究、临床观察，进一步总结提高。

邵经明

第七节　新陈代谢病

一　糖尿病

糖尿病，是一种由于胰岛素分泌相对或绝对不足，引起糖代谢紊乱为主的一种慢性内分泌疾病，典型症状是"三多一少"，即多饮、多食、多尿，消瘦。各种年龄均可发病，半数以上在40～60岁之间，有遗传倾向。

按起病年龄，分为青少年型和成年型。前者多为胰岛素依赖性，后者多为非胰岛素依赖性。

中医学早在《内经》中就有"消渴"、"消瘅"的记载，症状描述与本病极为相似。宋代医家根据症情的侧重不同提出了上、中、下三消，并提出"甘食肥美，易患消渴"、"情绪紧张，引起消瘅"的见解，至今一般都将本病归属于"消渴病"的范围。

病因病机

中医认为，本病的发生与素体阴虚、嗜食肥甘、情志失调密切相关，其病理为阴虚

燥热、消灼津液，若肺阴被劫则多饮烦渴，发为上消；胃阴干涸，则多食消瘦，发为中消；肾阴亏耗、则多尿频数，发为下消。临床虽有上、中、下三消之分，究其根本在于肾阴不足，若病程迁延日久，阴损及阳，则导致肾阴、肾阳两亏。

临床表现

本病的临床表现，主要是尿多频数，口渴多饮，消谷善饥，肢倦乏力，以及头昏嗜睡、关节酸痛、皮肤干燥或瘙痒、视力障碍、性欲减退等。

胰岛素依赖性糖尿病，多发于青少年，起病较急，病情较重，“三多一少”症状明显或严重；非胰岛素依赖性糖尿病多发生于40岁以上的成年人或老年人，较多病人体型肥胖，起病缓慢，症情较轻，甚至无明显的自觉症状，仅在检查尿糖或出现并发症后就医时被发现。

实验室检查：尿糖定性阳性，尿糖定量常在5.6～560毫摩/升之间，尿酮定性阳性，空腹血糖高于6.72毫摩/升，饭后2小时血糖可达8.96～10.08毫摩/升以上。

辨证施治

1.肺热津伤证（上消）：

主症：烦渴多饮，咽干燥热，食量稍增，小便较频，舌红而燥、苔薄黄少津，脉细滑数。

治则：清热生津，养阴止渴。

处方：胰俞（＋）　肺俞（＋）　心俞（－）　太渊（＋）　少府（－）（双）

酌情选配少商（－）、鱼际（－）、膈俞（＋）（双）、金津、玉液。

穴方简释：胰俞，是经外奇穴，有调节胰腺功能的作用，为治疗上、中、下三消的验穴和效穴；承肺俞、太渊，以养肺阴、清燥热；泻心俞、少府，以清心泻火；膈俞，近肺脏，为血会，针之以养血生津；配少商、鱼际，可清肺热、利咽喉；金津、玉液点刺出血，则生津止渴。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻法，留针20分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

2.胃燥阴伤证（中消）：

主证：消谷善饥，胃脘嘈杂，形体消瘦，口渴欲饮，小便频数，舌红、苔黄燥，脉细滑数。

治则：清胃泻火养阴。

处方：胰俞　脾俞（＋）　胃俞（－）　三阴交（＋）　内庭（－）（双）

酌情选配足三里、中脘（－）、内关（－）。

穴方简释：胰俞，为治消渴的要穴，补脾俞、三阴交，以健脾助运布津；泻胃俞、内庭，以清胃泻火救阴；配足三里，取其调脾胃气机之功；配胃募中脘和沟通阴维脉之内关，以和胃清燥而除嘈杂。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻法，再留针20分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

3.肾虚精亏证（下消）：

主证：小便频数量多，味甘如脂膏，心烦多饮，头晕目糊，腰背酸软，舌质红、苔少，脉细数。

治则：滋阴补肾固精。

若久病阴损及阳而阴阳两亏，则兼见面色黧黑，畏寒肢冷、尿量特多或饮一溲一，男子阳萎不育，女子月经不调，舌淡、苔白，脉沉细。

处方：胰俞（±） 肾俞（＋） 肝俞（－） 太溪（＋） 太冲（－）（双）

酌情选配复溜（＋）、水泉（＋）（双）、命门（△）、气海（△）。

穴方简释：胰俞，为消渴之要穴；补肾俞、太溪，滋阴补肾；泻肝俞、太冲，平降肝火、清利头目；配复溜、水泉，以摄纳肾气加强固精的作用。肾阳亏，加灸气海、命门，益气以固下元。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻手法，留针30分钟。命门、气海，隔附子饼灸5～9壮。

疗程：隔日治疗，10次为一疗程。

其他疗法

1.皮肤针：取脊柱两侧以 T_7—T_{10} 为重点叩刺部位，一般中度刺激，隔2日1次，10次为一疗程。

2.水针：分三组取穴，一组 T_3 夹脊、胰俞、肾俞；二组 T_{10} 夹脊、胰俞、肾俞；三组 L_2 夹脊、胰俞、肾俞。

三组穴位交替使用，每穴0.5～1毫升0.5%当归注射液或维生素 B_1、维生素 B_2 注射液。每天1次，10次为一疗程。

3.耳针：取内分泌、肾上腺、胰、下脚端、屏间、神门为主穴。多饮，配肺、口；多食，配脾、胃；多尿，配肾、膀胱。每次取2～4穴，轮流使用，中强刺激，留针20分钟，隔日1次，10次为一疗程。亦可行埋针法，3～5天更换一次。

4.电针：取胰俞、肺俞、脾俞、肾俞、三焦俞、三阴交为主穴，胃仓、关元、中脘、复溜、鱼际为配穴。选用断续波或疏密波，刺激量以病人能忍受为度，每次通电20分钟，隔日1次，10次为一疗程。

5.埋线：取胰俞、肾俞、三焦俞（双），每次选1～2穴，替换使用，10～14天一次，10次为一疗程。

6.芒针：上消，取天突；中消，取中脘；下消，取关元。酌情选配足三里、内关、五脏俞穴。根据上、中、下三消，分别选用不同的穴位，天突沿胸骨柄向下斜刺3～4寸，勿使针头偏斜，待胸前产生胀感即出针；中脘、关元，均为垂直刺入3～5寸，使中脘局部酸胀感向两侧放散，关元麻酸感向下放射至会阴及尿道，均得气后即出针。

文献选录

消渴嗜饮，承浆主之。（《针灸甲乙经》）

治肾虚消渴，汗不出，腰脊不得俛仰，腹胀胁痛、穴中膂俞、意舍。（《普济方》）

消渴，小肠俞、阳池各灸之。（《医学纲目》）
食渴，取中脘、三焦俞、胃俞、太渊、列缺针背泻。（《针灸集成》）
消渴嗜饮，承浆、意舍、关冲、然谷。（《针灸资生经》）

经验选要

蔺云桂等将穴位分成八组：足三里、中脘；命门、身柱；脾俞；气海、关元；脊中、肾俞；大椎、肝俞；行间、中极、腹哀；肺俞、膈俞、肾俞。轮流灸治，共治疗13例消渴病，结果9例有效，4例无效。（1985年）

谌剑飞治疗糖尿病分单纯针刺与针药合并组，针刺组以脾俞、膈俞、足三里为主，针药合治组是在单纯针灸治疗一疗程后降糖效果不显著时，再加用胰岛素或降糖药物，结果单纯针刺组14例病人中显效7例，良效和改善各3例，无效1例，空腹血糖由12.48±0.67（标准误）毫摩/升，降至7.8±0.38（标准误）毫摩/升，经统计$P<0.001$，针药合治组6例病人中，显效2例，良效3例，改善1例，空腹血糖由18.06±1.95（标准误）毫摩/升降至8.8±0.6（标准误）毫摩/升，经统计$P<0.01$。（1986年）

上海中医学院、上海市针灸研究所针刺脾俞、肾俞、太溪、然谷、三阴交、阴陵泉并辨证加减治疗糖尿病，24例中12例显效（占50%）、9例进步（占37.5%）、3例无效（占12.5%）。（1960年）

评述

本病与肺、胃、肾关系密切，阴虚和燥热是主要病因，临床虽有上、中、下三消之分，但单纯的上消或中消少见，一般多兼有下消，因此在治疗上必须兼顾肾阴。

针灸治疗糖尿病，具有避免导致低血糖等不良反应的优点。一般来讲，轻中型病人比重型病人疗效好，肥胖、中等体型患者的疗效远较消瘦型者为高，针感强烈者的疗效优于针感迟钝者，对口服降糖药长期依赖者，针灸治疗效果较差，对于胰岛素依赖性患者，针灸治疗降糖不显著，须配合胰岛素等药进行综合治疗。在针灸治疗糖尿病的同时，尚须配合控制饮食，并适当增加运动锻炼，由于糖尿病患者极易感染，所以须严格消毒。

针灸能够控制调节血糖水平，主要是通过调节胰岛素分子水平，并使胰岛素分泌反应提前以及调整中枢神经系统对胰岛的重新控制来起作用的，其中针刺后的胰岛素靶细胞受体功能（即受体最大结合量与最大亲和力）增强，可能为最重要的原因之一。

刘炎

二　肥胖病

当进食热量多于人体消耗量而以脂肪形式储藏于体内超过标准体重20%时，称为肥胖病。它可始于任何年龄，但多见于40～50岁的中壮年，尤以女性为多。人体的标准体重（公斤）＝身高（厘米）－100（如为男性应减105）。

临床上将无明显内分泌-代谢病病因者，称单纯性肥胖症；将有内分泌-代谢病病因可寻者，称继发性肥胖症。以前者多见。

中医学对此病早有记载，认为本病是“膏粱之痰”，而“肥人气虚多痰”、“肥人多痰湿”则为其病理基础。

病因病机

脾胃素虚或嗜酒肥甘，损伤脾胃，致使脾失健运，痰湿内生，经络受阻，气机不畅而发病。其中以脾虚、痰湿为关键，脾虚生湿，湿又困脾，脾虚为本，痰湿为标，二者相互影响，互为因果，若脾虚日久损及肾膈，则脾肾两亏。

临床表现

男性脂肪分布以颈及躯干部为主，女性则以腹以下、臀部及四肢为主。轻度患者，可仅有肥胖而无症状；中、重度肥胖者，则有下列症群，如：少动嗜睡，稍动则疲乏无力、气促、胸闷心慌，易饥多食，汗多怕热，常有腰背关节酸痛，女性患者可伴经少、闭经，男性患者可伴阳萎、不育等。

辨证施治

1.脾虚湿盛证：

主证：体态肥胖，纳食不香，脘腹胀满，胁闷气短，口淡多涎，大便溏薄。湿盛为主，则浮肿尿少，头身困重，舌质淡胖、苔滑或腻，脉濡缓；脾虚为主，则少气懒言，倦怠乏力，头晕目眩，舌淡、苔白，边有齿痕，脉虚无力。

治则：健脾益气，化湿祛痰。

处方：列缺（－）　少府（＋）　阴陵泉（＋）　三阴交（＋）（双）

湿盛为主者，加丰隆（－）、下脘（－）、水分；脾虚为主者，加脾俞（＋）、足三里（＋）、关元（△）。

穴方简释：列缺，为肺经络穴，具有宣泄肺气，通调水道的作用；少府，为心经之荥火穴，火生土，补之以益脾健运；阴陵泉、三阴交，为脾经经穴，行补法以健脾益气、利水化湿。湿盛为主者，配丰隆、下脘、水分，以祛痰化湿、利水消肿；脾虚为主者，配脾俞、足三里、关元，以加强健脾益气之功。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻法，留针15～20分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

2.脾肾两虚证：

主证：体态肥胖，形寒肢冷，嗜睡多汗，神疲乏力，大便溏薄，尿少浮肿，腰背酸痛，性功能减退，舌质淡胖、苔薄白，脉细缓无力。

治则：补益脾肾，温阳化湿。

处方：脾俞（＋）　肾俞（＋）　足三里（＋）　三阴交（＋）　大横（＋）(双）

多汗，加合谷（－）、复溜（＋）；性欲减退，加关元（△）、命门（△）。

穴方简释：脾俞与肾俞，分别为脾肾之背俞穴，是脾肾经气所输注的部位，行补法以补益脾肾、振奋阳气；足三里、三阴交、大横，刺之加用温针，以达调和脾胃气机、温化痰湿之效；泻合谷补复溜，则固表止汗；治多汗、灸关元、命门，以温肾壮阳而治

性欲减退。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻，足三里、三阴交、大横，也可用温针；命门、关元，隔附子饼灸5～9壮。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.皮肤针：取夹脊穴，在施行体针的同时，隔1～2日用梅花针叩刺夹脊穴。

2.耳针：取口、食道、脾、胃、肺、肾、三焦、屏间、下脚端、饥点（耳屏前面中央，外鼻穴下方），每次取3～5穴，毫针强刺激或加电针，隔日1次，10次为一疗程，也可采用埋针或敷帖王不留行籽、磁珠等方法，3～5天更换一次，每日按压2～3次，在进食前或出现饥饿感时再额外按压。

文献选录

身肿身重，关门主之。（《千金方》）

遍身肿满疾久缠，更兼饮食又不化，肾俞百壮病即瘥。（《针灸聚英》）

经验选要

雷振萍交替针刺梁丘、公孙，治疗42例单纯性肥胖症，结果显效14例（体重下降大于5公斤），有效17例（体重下降在1～5公斤之间），无效11例（体重下降小于1公斤），总有效率为73.8%。（1987年）

杨金荣等以耳穴口、肺、脾、饥点为主穴，帖敷药物白芥子、王不留行治疗540例肥胖症，结果显效87例，有效292例，无效167例。（1983年）

崔述贵等针刺耳穴神门、胃、大肠、内分泌、肺、心、三焦治疗肥胖症，550例病人中显效143例（占26%），有效201例（占36.5%），无效206例（占37.5%）。（1986年）

陈俊鸿等分灸治组与耳针组治疗肥胖病。灸治组以阳池、三焦俞为主，采用隔姜灸；耳针取耳腔左右上肺、左右下肺，揿针埋藏。灸治组15例病人中有效5例，最多下降4公斤，最少下降1.5公斤；耳针组15例病人中有效8例，最多下降5公斤、最少下降2公斤。（1984年）

评述

肥胖病发生的关键在于饮食失调，痰湿内蕴，治疗的关键就在于健脾助运，祛痰化湿，针刺手法宜强刺激，如为埋针则饭前或饥饿时按压能提高疗效。

针刺治疗以单纯性肥胖较继发性肥胖易治，年龄小即发胖而到成年仍肥胖者疗效差，男性较女性容易见效，但40岁左右妇女肥胖者针灸治疗效果较好，肥胖度大者一般见效较快、体重下降幅度较大。在针灸治疗的同时，控制饮食亦为关键，特别是高脂肪、高糖类和高热量饮食，并要适当加强运动锻炼，但是控制饮食必须要有正确的指导，否则急剧限制饮食，控制失调，可引起酮中毒、失水、电解质紊乱，甚至心肌梗

塞、脑血栓等严重反应。

针灸主要通过对下丘脑摄食中枢和体液内分泌的调节作用，来影响糖代谢、内分泌及消化液分泌过程，从而引起食欲下降，饥饿感减退，胃肠蠕动减弱，胃酸分泌减少等有利于减退的良性反应，达到减肥的效果。

刘炎

三　痛风

痛风，为嘌呤代谢紊乱所引起的疾患，各种年龄均可发病，但中年以上者较多，男女比约20：1，不少病人有阳性家族史。其临床特点为急性或慢性痛风性关节炎，伴反复急性发作、关节畸形等。

本病病程慢长，后期常并发肾功能衰竭，伴发动脉硬化、冠心病、脑血管意外等，可因外伤、感染、暴食、酗酒、情绪激动而诱发，以春秋两季更易发作。

根据病因，本病可分原发性和继发性，前者是由于先天性嘌呤代谢紊乱所致，后者多由于某些血液病、肾脏病、心血管病和药物等引起的高尿酸血症所致。

中医学根据其临床表现，将其归属于痹证、历节风等范畴。

病因病机

患者平素喜食厚味，湿热内蕴、兼感外邪，侵袭经络，气血失畅或反复发作，气血失和，湿热凝痰，瘀血阻滞，痰瘀流窜肢节，络道闭塞而发病。

临床表现

1.无症状期： 不少病者在症状发生前早有高尿酸血症，亦可始终停留于此阶段而不发生临床症状。

2.急性期： 起病急骤，多数于半夜或清晨发作，初期常为单个关节炎，约半数为第一跖趾关节，其次常累及足跟、指、趾关节及其他小关节，有红、肿、热、痛，约数日到数周后，症状逐渐消退，数月或数年后再发，以后转入慢性期。

3.慢性期： 关节肿痛，逐渐发生肌肉萎缩、关节畸形，在关节附近软组织中及耳壳可扪到痛风石，后期常发生肾脏及心血管系统受害。

实验室检查：血液尿酸浓度大于6毫克%，晚期X线摄片病变关节出现圆形缺损。

辨证施治

1.湿热内蕴证：

主证：关节红肿焮热、疼痛难忍，呈游走性，活动不便，或兼有发热恶风、口苦而干不欲饮，溲赤便溏，舌红、苔腻，脉滑数。

治则：清热除湿，散风通络。

处方：风门（－）　曲池（－）　阳陵泉（－）　胃俞（－）　阴陵泉（－）（双）

病变关节周围，取天应穴。

穴方简释：取风门、曲池，以清热祛风通络；阳陵泉，为筋会，有通络利节的作用。胃俞、阴陵泉，针之则能健脾益胃、化湿通络，配合病变关节周围的穴位，则可疏通患部气血，通则不痛。

操作手法：进针得气后行提插捻转补泻手法，留针20分钟。

疗程：急性每日1次，一般则隔日1次，10次为一疗程。

2.痰瘀凝滞证：

主证：关节肿胀、僵硬或畸形，疼痛固定，扪之尤甚，患病关节附近肌肉萎缩，或兼有头晕、神疲乏力、纳呆，舌质紫暗或见瘀点，脉细涩。

治则：祛痰化瘀，调和气血。

处方：膈俞　大杼（－）　丰隆（－）　三阴交（＋）　气海俞（＋）（双）

病变关节周围，取天应穴。

穴方简释：取血会之膈俞，以理血和营、活血祛瘀；取骨会之大杼，以壮骨利节；泻丰隆，以祛痰化湿；补气海俞，以益气活血通络；补三阴交，以调和气血。

操作手法：进针得气后行提插捻转补泻手法，留针20分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.三棱针：取病变关节，急性发作期于关节红肿处经消毒后，用三棱针点刺或散刺出血，可加拔火罐5分钟，隔3日一次，5次为一疗程。

2耳针：取相应的病变部位、内分泌、下脚端、神门、肾，每次选2～3穴，隔日1次，10次为一疗程。

文献选录

阳陵泉主足痹痛。（《针灸资生经》）

四肢风痛，取公孙、曲池、风市、外关、阳陵泉、三阴交、手三里。（《针灸大成》）

白虎历节风痛，取两踝尖，在内外踝尖灸之，足拇指本节前骨痛，取太冲，弹针出血。（《医学纲目》）

痹、胫肿、足胕不收，跟痛，巨虚下廉主之。（《甲乙经》）

经验选要

朱丹溪治疗一因恶血入经络，血受湿热、久之凝浊的痛风病人，刺委中出黑血，并配合方药，结果近三合而安。（金元时期）

评述

痛风患者由于嗜酒肥甘，多为湿热体质，外感风寒湿诸邪容易温化成热，所以其虽属于中医痹证范畴，临床上以热痹常见，治疗的重点在于清热化湿，通经活络，若久病累及肾脏，则须扶正祛邪并用。

本病在我国以往认为较少见，因而对其了解、认识、重视不够，以致许多痛风性关节炎被误诊为化脓性关节炎、创伤性关节炎、风湿性关节炎、类风湿关节炎。随着近年来人民生活条件的改善，本病的发病率已有所提高，即使在体型正常的人以及妇女中的发病也有所增加，应引起足够的重视。

本病急性期患者，应该注意卧床休息，抬高患肢，一般应休息至关节痛缓解72小时后方可恢复活动，平时须控制饮食，防止肥胖，避免高嘌呤食物如肉类、家禽、动物内脏、沙丁鱼、豆类、冬菇等，不宜饮酒、浓茶、咖啡，若有关节活动困难者，须配合锻炼。

刘炎

四 血脂蛋白过高症

血脂蛋白过高症，是指血浆脂蛋白超过正常高限。由于大部分脂质与血浆脂蛋白结合而运转全身，故高脂血症常反应于高脂蛋白血症。

根据病因，本病可分为原发性和继发性，前者病因未明，大多有家族史、遗传史，后者可继发于许多疾病，包括冠心病、糖尿病、甲减、胰腺炎、肾病综合征等。

中医历代文献没有关于此病的记载，但其伴发的症状表现常涉及胸痛、眩晕、头痛等范畴。

病因病机

中医学认为，本病的发生主要是由于饮食不节、情志内伤引起。饮食不节、嗜酒肥甘，则损伤脾胃，运化失司，滋湿生热；或情志不畅，忧郁易怒，则肝失疏泄，气滞血瘀，脉络失养而发病。

临床表现

Ⅰ型（高乳糜微粒血症）：此型极少见，多发于青少年，尤以10岁以下者居多，皮肤症状黄色瘤较早出现，有急性腹痛发作（急性胰腺炎）、肝脾中度肿大、脂血症性视网膜等。

Ⅱ型(高β脂蛋白血症)：此型常见。可见重型黄色瘤，早发动脉硬化、青年角膜炎等。

Ⅲ型（“阔β型”高脂蛋白血症）：此型较少见，除黄色瘤和早发冠状动脉疾病外，常伴有肥胖和尿酸增高。

Ⅳ型（高前-β脂蛋白血症）：此型最多见。动脉粥样硬化发生早而快，可伴胰腺炎、肥胖、血尿酸显著增高、视网膜脂血症等，偶见黄色瘤。

Ⅴ型（混合型高脂蛋白血症）：此型少见。多见于成年人，为Ⅰ与Ⅳ型的混合型，具有两型的特征，体征亦相似。

辨证施治

1.湿热内蕴型：

主证：体型偏胖，头晕目眩，倦怠乏力，胸闷气短，动则易汗，脘腹胀满，肢体困

重，纳谷不香，小便赤黄，大便干结或稀而不爽，舌红、体胖、边有齿痕，苔腻，脉虚大兼滑。

治则，健脾益气，清热化湿。

处方：太白（＋）　足三里（－）　丰隆（－）　上巨虚（－）（双）

胸闷气短者，加内关（±）、膻中（±）；动则易汗，加合谷（－）、复溜（＋）；大便干结或稀而不爽，加天枢（－）。

穴方前释：足三里，为胃经之合穴；太白，为脾经输土穴，土中真土，用补法以健脾、理气、化湿；丰隆，为胃经之络穴；上巨虚，为大肠经下合穴，用泻法以清热祛痰化湿；配心包经络穴，沟通阴维之内关及心包募、气之会穴膻中，以宽胸理气、宁心安神；泻合谷、补复溜，则止汗；天枢，为大肠募穴，佐以调理肠胃，清利湿热。

操作方法：得气后行提插捻转补泻手法，留针15～20分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

2.气滞血瘀证：

主证：心悸胸闷，甚则胸前疼痛，善叹易怒，两胁胀满，纳呆腹胀，大便失调，舌质欠泽或见瘀点，脉弦或细涩。

治则：疏肝理气，活血化瘀。

处方：阳陵泉（±）　肝俞（－）　膈俞（－）　膻中（±）

胸闷胸痛，加厥阴俞（±）；两胁胀满，加支沟（±）、章门（±）；纳呆、腹胀，加足三里（±）

穴方简释：膻中为气之会、心包之募，气为血帅，心主血脉，调之以理气活血；泻肝俞、膈俞，以疏肝理气、活血化瘀；取胆经合穴阳陵泉，以疏调肝胆、调畅气机；配厥阴俞，以宽胸理气舒心，治胸闷胸痛；支沟配章门，则调理少阳，胁肋之气而治两胁胀满；纳呆腹胀、大便不调，取足三里则能健脾运、调肠胃。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻法，留针20～30分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.电针：取曲泉、内关、足三里、曲池（双），针刺得气后，加用脉冲电刺激，刺激量以病人能忍受为度，每次15分钟，隔日1次，10次为一疗程。

2.埋线：取足三里、内关，每次取1穴，穴位皮肤消毒、局麻后，将1～1.5厘米长的医用羊肠线埋入穴位内，可间隔15～20天治疗一次。

3.激光：取内关、曲泉，用氦氖激光医疗机照射穴位，每日1次，每穴5分钟，10次为一疗程。

文献选录

眩头痛，刺丝竹空主之。（《甲乙经》）

气攻胸痛，取照海、通里、大陵。（《针灸大成》）

经验选要

赵和熙等针刺内关治疗72例高血脂症，隔日一次，10次为一疗程，2个疗程后，在52例胆固醇增多的患者中，有40例下降（占75.4%），在65例甘油三脂增高的患者中，有50例下降（占76.92%），在69例β-脂蛋白增多的患者中有48例下降（占70.59%），前后比较，三者下降均有极显著的统计学意义（$P<0.001$）。（1984年）

焦新民等采用三阴交、足三里、内关和太白、阳陵泉、丰隆两组穴位交替使用，并辨证配穴，在82例胆固醇增高病人中，有73例胆固醇下降（占89%），下降幅度最大的为200毫克，只有7例未下降或无变化。（1985年）

评述

高脂蛋白血症主要依靠化验指标升高来作为诊断依据的，很难将其归属于祖国医学某一疾病的范围，但其症状表现常会涉及到胸痛、惊悸、眩晕、头痛等内容，这就要求临床上必须辨证施治。

一般认为，针灸治疗本病的作用机制在于可能影响了各种内分泌腺体活动（如胰岛素等）以及各种酶和激素的功能，或许影响了肝脏对胆固醇、甘油三脂的合成、排泄，影响了肠道对食物脂质和碳水化合物的吸收、消化、代谢，从而调节了血脂的合成、转运、吸收、消除、排泄，使增高之血脂得以降低，恢复正常。

在针灸治疗过程中，还须强调控制饮食及增加体力活动，要让病人充分理解控制饮食是一基本措施，根据需要分别限制脂肪、胆固醇、糖类的进食量，可增加蛋白质以补充热量。

刘炎

第八节　结缔组织及过敏性疾病

一　红斑性狼疮

红斑狼疮是一种自体免疫性疾病，约80%为女性，年龄多在20～40岁之间，病人常为敏感体质。

本病从病程上来分，有急性、亚急性、慢性三种；从病变分布上来看，有局限性的盘状红斑狼疮和全身性的系统性红斑狼疮之分。二者有时可相互转化，临床上局限性少见，病情也较轻，主要表现在皮肤，常多年不愈，亦偶有转变为系统性的。系统性多见，发病多呈急性或亚急性，全身症状较重，内脏病变广泛。大多数病人预后良好或比较好，外伤、感染、受凉、日光、精神创伤可诱发本病。

在中医学文献中，尚未有关本病病名的记载，但有一些类似皮损的描述。如红蝴蝶、鬼脸疮、日晒疮、猫眼疮等。

病因病机

中医认为，本病外与六淫所感、内与脏腑经络气血功能失调有关，先天禀赋不足、肝肾亏虚，或劳累过度、内伤七情，复受温热毒邪，以致气血运行不畅、气滞血瘀、经络闭阻而发本病。总以正虚阴亏为本，热毒血瘀为标。

临床表现

盘状红斑狼疮，皮损主要发生在面部皮肤，特别是鼻部及其两翼的颊部，呈盘状，随着损害增多增大而融合成的鼻梁为中心、两颊为双翼的蝶形红斑，在少数病例中，损害仅见于粘膜，特别是下唇。

系统性红斑狼疮，开始出现的大多为皮疹、关节痛和发热，皮疹以红斑多见。可累及全身任何部位，但面部和手部最多见。约90％以上有关节痛，以手指远端关节受累最多见，痛呈间歇性，常反复发作，日久可成畸形，发热多为低热，随病情的发展，以后则继以出现头痛、纳差、脱发，及肾、心、肝、肺、消化系统、神经系统、眼、骨骼、淋巴结等不同程度受损害所引起的相应症状，抗核抗体90％为阳性。

辨证施治

1.毒热炽盛证：

主证：发热，面部或其他部位皮肤出现红斑，关节酸痛或肿痛，全身不适，甚则神情恍惚、口渴喜冷饮、纳呆便秘，舌质红或绛红、少津、苔黄，脉数。

治则：清热解毒，凉血和营。

处方：大椎（－）　委中（－）　合谷（－）　内庭（－）　大陵（－）（双）

便秘纳呆，加足三里；口渴欲饮，加金津、玉液；神情恍惚，加十宣；关节肿痛，加阳陵泉。

穴方简释：大椎，为诸阳之会，泻之以清阳分之热；委中，点刺出血，以泻血分之热；内庭，为足阳明经之荥穴，荥主身热，泻内庭起清理阳明，泻火解毒的作用；大陵，为手厥阴心包经之输原穴，有清心凉血和营的作用。神情恍惚，点刺十宣出血以泄营分热毒，醒神清脑；口渴欲冷饮，则金津、玉液点刺出血，以清热津生渴止，纳呆便秘，则配用足三里调和肠胃。阳陵泉，为筋会，有舒筋利节之效，为治关节痛之要穴。

操作方法：得气后行提插捻转泻法，留针10～15分钟。十宣点刺出血。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

2.肝郁血瘀证：

主证：皮肤红斑，胸脘痞满，口苦胁痛，性情急躁，月经提前，色暗紫或有块，舌质紫暗或见瘀，脉弦。

治则：疏肝理气，活血化瘀。

处方：肝俞（－）　期门（－）　膈俞（－）　血海（－）（双）　膻中（±）

口苦胁痛，加行间（－）、太冲（－）；胸脘痞满，加中脘（－）、内关（－），月经不调，加三阴交（－）。

穴方简释：肝俞、期门，分别为肝脏的俞募穴，相配以疏肝理气、养血柔木、调和阴阳；取膈俞、血海，则理血和营、活血化瘀；膻中，为气会，针之以理气行气、调畅气机；配肝经荥原穴行间、太冲，以疏肝胆利两胁而治口苦胁痛；内关、中脘，则宽胸和胃，治胸脘痞满；佐妇科要穴三阴交，则能调经理血，治月经不调。

操作方法：得气后行提插捻转补泻手法，留针20分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

3.阴血亏虚证：

主证：皮疹紫暗或不明显，低热不清，五心烦热，身倦乏力，气短心悸，头晕失眠，潮热盗汗，舌红少苔，脉细数无力。

治则：补益肝肾，滋阴养血。

处方：肝俞（＋）　肾俞（＋）　太溪（＋）　劳宫（－）　曲池（－）　风池（－）

头晕失眠，加神门、失眠穴；心悸气短，加内关；潮热盗汗，加阴郄。

穴方简释：精血同源，取肾俞、肝俞两穴相配，以补益肝肾、滋阴养血；太溪，为肾经原穴，劳宫为心经荥穴，一补一泻，取益肾清心火、养阴退热，引火下行之意；取曲池、风池，则祛风活络，通利头面五官；佐神门、失眠穴，以宁神安眠；内关，理气宽胸、宁心安神；阴郄，起养阴止汗作用。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻法，留针20分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

其他方法

1.水针：取血海、曲池、三阴交、合谷、背俞穴（有阳性结节者），用复方当归注射液，每穴1.5～2毫升，隔日1次，10次为一疗程。

2.耳针：取阳性反应点、相应的病变部位、肺、屏间、神门、肾，每次先2～4穴，隔日1次，10次为一疗程，亦可耳穴埋针，隔3～5日换一次。

文献选录

胆俞，面发赤斑灸自痊。（《医宗金鉴》）

经验选要

黄醒亮等用0.25％奴弗卡因进行三叉神经穴位封闭治疗慢性盘型红斑狼疮，穴位选择：第1支取阳白，第2支取四白、巨髎、下关，第3支取颊车、大迎、承浆。每次取3个穴位，每支各取1个，另加合谷，交换使用，均双侧，结果4例病人中2例痊愈，2例进步。（1960年）

李复峰取命门、腰阳关、身柱、灵台、太冲、曲池、百会、足三里、耳壳反应点，并辨证配穴，治疗9例红斑狼疮。针刺方法采用命门透阳关，身柱透灵台，留针4小时，耳壳反应点留针3小时，其余各穴强刺激不留针，结果2例痊愈，7例症状明显减轻。（1977年）

陈育生等选取耳穴肺、肾、内分泌、阳性反应点，相应的病变部位以及对症加穴，治疗红斑狼疮。15例病人中痊愈者10例，显效者3例，无效者2者，有效率为87%。（1984年）

评述

在红斑狼疮的发病机制中，阴虚阳亢是一重要表现，热毒血瘀则为其另一特征，临床常表现为虚实夹杂，扶正祛邪为其治疗大法。

本病在背俞部常出现阳性结节，按压疼痛异常，为痰瘀阻滞经络通路所致。通过针灸治疗，控制了病情的变化，解除了临床症状，促使了病情的恢复，阳性结节可由坚变软，由大变小，日渐消失。

平时患者要有良好的精神状态，保坚乐观的情绪，避免妊娠、分娩、饮酒、日晒、感冒等，一般在病情活动阶段以休息为主，缓解阶段随着体力的恢复可以逐渐增加一些活动量。

刘炎

二　硬皮病

硬皮病，是一种结缔组织的疾病，多见于20～50岁，女性的发病率约为男性的3倍以上，临床上分局限性和系统性两种类型，前者主要表现为局限性皮肤硬化，后者除皮损外，并可累及内脏器官，但也有全无皮肤症状的硬皮病存在。

中医认为，本病是由于营卫失和、气血凝滞、痹塞不通、肌肤失养而成，称其为皮痹、皮痹疽、风痹等，将其归属于“痹证”范畴。

病因病机

机体素虚，卫外不固，腠理不密，风寒之邪乘机外袭，阻于皮肤肌肉之间，经络痹阻，以致营卫不和、气血凝滞、肌肤失养而发本病。若病程迁延，日久不愈，则脾肾亏虚，邪气循经入脏，致脏腑功能失调，肌肤更失所养。

临床表现

1.局限性硬皮病：片状损害以躯干多见，初起呈淡红色，数周或数月后皮损扩大，颜色转成淡黄，周围绕以红晕，表面干燥平滑，具蜡样光泽，触之有皮革样硬度，局部不出汗，亦无毛发，数年后硬度减轻，带状损害常沿肢体或肋间分布，其经过与片状损害相似，但皮肤有明显凹陷，点状损害多发生于颈、胸、肩、背等处，呈线状排列的硬性小斑点或绿豆大集簇性，时间较久可发生萎缩。

2.系统性硬皮病：皮损按变化的不同分三期。浮肿期，皮肤紧张，呈凹陷性水肿，经数周进入硬化期，此时皮肤变硬，不能用手捏起，可出现手指屈伸受限，面部表情固定等，经数月或数年后逐渐过度到萎缩期，在此期皮肤萎缩变薄，甚至皮下组织、肌肉萎缩而形成木板样硬片。此外，大多数系统性患者伴有低热、乏力、消瘦、关节红肿

痛、活动不便、肌肉无力，甚至关节畸形、挛缩，并因累及其他脏器而出现吞咽困难、呕吐、腹泻或便秘、气急胸闷、呼吸困难、心律不齐等。

辨证施治

1.阳虚寒凝症：

主证：畏寒肢冷，神疲倦怠，面色无华，齿摇发落，纳食不馨，关节疼痛，性欲减退，局部皮肤肿胀坚硬，舌淡体胖、苔白，脉沉细濡。

治则：温补脾肾，驱寒通络。

处方：大椎　肾俞（＋）　脾俞（＋）　肺俞

性欲减退，加关元、气海；关节疼痛，加阳陵泉；纳谷不馨，加足三里。

穴方简释：大椎，为诸阳之会，为全身阳气之根本，取之以振奋阳气，散寒通络；肾俞、脾俞，则能补益脾肾、温经通络。肺主皮毛，为一身之表，取肺俞以散寒通络、温养肌肤；配关元、气海，以培补肾气；取筋之会穴阳陵泉，滑利筋节；取足三里，益脾健运、调理后天。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻法，也可用温针，或艾条温灸10～15分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

2.气血瘀滞型：

主证：肢麻不仁、关节肿痛，局部皮肤颜色紫暗，发硬肿胀，心悸怔忡，胸闷气急，大便干结，舌质暗、有瘀点，脉细涩。

治则：行气活血，调和营卫。

处方：膈俞（－）　血海（－）　曲池（－）　足三里（＋）（双）　中脘（－）

酌情选配心俞、内关、丰隆。

穴方简释：膈俞，为血会；血海，为理血要穴，二穴同用以理血活血，使肌肤得养。曲池，为手阳明大肠经之合穴，阳明经多气多血，针之则调和气血，祛风通络；中脘，为胃募穴；足三里，为胃经合穴，起健脾理气行血之效；配用心俞、内关，则宽胸理气、宁心活血；丰隆，祛痰化湿。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻法，留针20～30分钟。

疗程：隔日 1 次，10次为一疗程。

其他疗法

1.艾灸： 分四组取穴。一组大椎、肾俞，二组血海、曲池，三组气海、关元，四组膈俞、肺俞。每次选一组穴位，替换使用，隔姜灸 5 ～ 7 壮，或艾条温灸15～20分钟，隔日灸治。

2.皮肤针： 取病变局部皮肤，进行散刺或围刺，隔 2 日 1 次，10次为一疗程，可配用拔罐法。较多用于局限性硬皮病。

文献选录

肤痛痿痹，外丘主之。（《甲乙经》）

风痹：天井、尺泽、少海、委中、阳辅。（《针灸大成》）

经验选要

桂金水等以艾条为主治疗硬皮病21例，系统性5例，局限性16例。取穴分四组：①大椎、肾俞，②命门、脾俞，③气海、血海，④膈俞、肺俞。每次灸1组，轮流灸治。以隔药饼及丁桂散间接灸为主，部分局限硬皮病者加用刺络拔罐，结果有效12例（系统性硬皮病占3例，局限性硬皮病占9例）。（1982年）

徐惠德取曲池、足三里、血海、丰隆、手三里、关元、气海、中脘，针刺并隔姜灸15分钟，第二疗程后加用热藏胎盘组织液穴注肺俞、肾俞，治愈一例硬皮病患者。

（1983年）

评述

硬皮病正气不足为本，皮肤硬化为标。局限性硬皮病多为实证，系统性硬皮病常虚实夹杂。行气活血，温经通络为本病的治疗法则。

硬皮病尤其是系统性硬皮病，血管功能紊乱是较为突出的表现，可出现在皮肤改变之前，针灸治疗则能促进血液循环，调节血管功能。

患者平时应避免冷水或强碱性肥皂洗手，注意保暖，加强营养，忌吸烟，为防止关节僵硬须进行适当的锻炼。

刘炎

三　类风湿性关节炎

类风湿性关节炎，是以慢性对称性关节炎症为主的一种自身免疫性疾病。病因目前尚不清楚。早期可有游走性的关节疼痛和功能障碍，晚期则关节畸形僵硬、功能丧失。有自发性地反复发作和缓解的特点。

本病多见于温带湿度较大的地区，我国的发病率为3～8％。任何年龄均可发病，在20～45岁之间者约占80％。女性较多。经适当处理后，病期在25年内的患者，80％以上都能自由活动，大多数能正常工作。潮湿、寒冷、疲劳、外伤、精神等，尤其是潮湿与寒冷二者为本病的重要诱发因素。

中医学将本病归属于痹症的范围，并有历节风、白虎历节、骨痹等名称，认为系风寒湿三气杂侵、经络气血闭阻所致，并因感受的各种病邪轻重程度不同，而有风痹、寒痹、湿痹之分。

病因病机

中医认为，本病是外邪侵袭和人体抗病力减弱相互作用的结果，所谓"邪之所凑，其气必虚"，由于机体素亏，卫气不固，腠理空虚，而复因汗出当风、涉水冒寒、久卧湿地等以致风寒湿邪乘虚侵入人体，流注经络，使经脉凝滞，血流不畅，蕴于骨节之中而发为本病。以风气胜者，为风痹（行痹）；寒气胜者，为寒痹（痛痹）；湿气胜者，为

湿痹（着痹）；若素体阳亢、内有蕴热，则邪从湿化而成热痹。

临床表现

初发时起病缓慢，先有几周到几个月的全身不适、低热、乏力和关节麻木刺痛等前驱症状，随后一个或多个小关节游走性疼痛。渐渐发展为对称性关节炎，也有少数呈急性发病，多个关节同时被侵犯，伴有发热出汗等全身症状。

关节受累常从四肢远端的小关节开始，以后再累及其他关节，特别是近端的指间关节，其次为掌指、趾、腕、膝、肘、踝、肩和髋关节等。关节的疼痛和强直在晨间醒后最为明显，随着病情的发展，关节僵硬而活动受限，出现梭状指样特征性改变，关节附近的肌肉萎缩，后期关节多强硬、畸形，甚至关节部固定在屈曲位。部分病人在关节隆突部位出现皮下小结。

实验室检查，可见白血球的轻度增多、血沉加快，类风湿因子阳性。中后期X线摄片出现病变关节的骨性改变。

辨证施治

1.风寒湿痹证：

主证：肢体关节疼痛较剧，喜热恶寒，麻木重着，活动不利。初期多兼恶风或恶寒、发热等表证，舌淡体胖、苔白腻，脉弦滑。

治则：驱风散寒，除湿通络。

处方：风门（－）　阳陵泉（－）　脾俞（±）　肾俞（＋）　关元（＋）

脊椎关节，加夹脊穴（患部）（－）；骶髂关节，加小肠俞（－）、膀胱俞（－）；肩关节，加天宗、肩髃、臑俞；肘关节，加曲池、天井、手三里；腕关节，加阳溪、阳池、腕骨，指间关节，加四缝、天应；掌指关节，加外关、八邪、上八邪；髋关节，加秩边、环跳、居髎、绝骨；膝关节，加膝眼、梁丘、曲泉。踝关节，加解溪、丘墟、昆仑；跖趾关节，加八风、束骨、公孙。

穴方简释：风门，行泻法以驱风散寒通络；阳陵泉为筋会，有舒筋活络、通利关节之效。针脾俞，则健脾化湿、行气通络；肾俞、关元，针刺后加用温针，以振奋阳气、温通经络、祛除阴邪。配穴，主要是根据经络循行及病变部位选取，进行局部治疗，以求疏通局部经气。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻法，留针20分钟，也可用温针，或温灸10～15分钟。

疗程：急性期或病情较重者，可每日针1次，慢性期则隔日1次，10次为一疗程。

2.风湿热痹证：

主证：关节肿胀灼痛，喜凉恶热、局部发红，扪之热感，活动不便，或兼有发热、恶风、口渴多汗，小便短赤，舌质红、苔黄，脉滑数。

治则：驱风除湿，清热通络。

处方：大椎（－）　曲池（－）　脾俞（＋）　阴陵泉（－）　三焦俞(－)（双）

参阅“风寒湿痹证”酌情选取配穴。

穴方简释：大椎，为诸阳之会；曲池，为手阳明经合穴。阳明经多气多血，泻之以疏风清热通络。脾俞、阴陵泉，刺之以健脾益气、化湿通络；泻三焦俞，则清泄三焦通利水湿。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻法，留针20分钟。

疗程：急性期可每日针刺1次，慢性期隔日1次，10天为一疗程。

3.肾虚寒凝证：

主证：痹证反复发作，日久不愈，寒瘀凝阻，气血愈虚，而见关节畸形，屈伸不能，筋肉萎软，四肢消瘦，头晕目眩，面色晦滞，舌质紫暗，脉细涩。

治则：补益肝肾、温阳化瘀。

处方：肾俞（＋） 肝俞（＋） 脾俞（＋） 膈俞（－） 丰隆（－） 足三里（±）（双）

参阅"风寒湿痹证"酌情选取配穴。

穴方简释：肾主骨，肝主筋，脾主肉。取肾俞、肝俞、脾俞，行补法以壮筋骨、养肌肉、利骨节。膈俞为血会，理血之要穴；丰隆，能祛痰化湿；足三里，平补平泻，用意于调理脾胃，畅通气机，通经活络。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻法，留针20～30分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.皮肤针：取患部肿胀处或关节周围，急性期重度叩刺，一般则中度叩刺，每隔3日一次，10次为一疗程。常用于肿胀为主的关节，可配合拔罐疗法。

2.三棱针：取关节肿胀处，于急性发作期，关节红肿热痛，用三棱针散刺出血，每隔3日一次，5次为一疗程，常配合拔罐疗法，治疗部位24小时内禁下冷水。

3.水针：取天应穴，用当归、防风、威灵仙等注射液或 $VitB_1$ 注射液、1%普鲁卡因注射液。隔天注射1次，每穴注入0.5～1毫升，10次为一疗程。切勿注入关节腔，如病变关节多发性者，可选重点关节部位作注射，以后轮流取换。普鲁卡因多用于急性期。

4.耳针：取相应的病变部位、神门、下脚端、肝、脾、肾、三焦，每次选2～3穴，隔日1次，10次为一疗程，亦可埋针，3～5天更换。

5.电针：取穴参见针刺疗法。针刺得气后，加用低频脉冲电刺激15分钟左右，隔日1次，10次为一疗程。

6.拔罐：取病变关节附近的穴位，每次拔10～15分钟，每隔2天一次，10次为一疗程，常与皮肤针疗法或三棱针疗法配合使用。

文献选录

"著痹不去，久寒不已，卒取其三里。"（《灵枢》）

"委中，下廉疗风湿痹。"（《针灸资生经》）

"治历节风是指不得屈伸，头目眩，逆气，穴飞扬。"（《普济方》）

"历节疼痛，但于痛处灸二七壮佳。"（《千金方》）

经验选要

金伯华等以“追风连”注射液（由凤仙、透骨草、骨碎补等药组成）治疗500例类风湿性关节炎，取穴分上肢组（曲池、外关为主穴）、下肢组（阳陵泉为主穴）、腰背组（大杼为主穴）。累及脏腑者，选用相应的背俞穴或华佗夹脊穴。结果：基本痊愈57例（占11.4%），显效154例（占30.8%），好转280例（占56%），无效9例（占1.8%）。（1984年）

高大海在患者病变关节附近的穴位阿是穴，用电热灸器进行刺激治疗15例类风关病人，结果临床治愈8例（占53.3%），显效2例（占13.3%），好转5例（占33.3%）。（1984年）

评述

体虚复感风寒湿邪、经络闭阻，是类风湿关节炎的主要原因，早期治疗，以局部取穴为主；晚期须整体与局部结合，扶正与祛邪兼顾，补泻并用。

针灸对于长期使用类固醇激素治疗而成为“类固醇依赖性患者”很难奏效，在撤停激素时要慎重、耐心，防止引起反跳现象，加重病情。

在急性发作期，病情活动阶段的患者，应尽可能卧床休息，但必须注意休息时所采取的姿势，以免日久成为畸形。一般严重病人卧床1～2周，中度病人卧床3～7天，视具体病情而定，受累关节经过休息可以减轻症状，又能使负重关节减轻负担，在病情稳定阶段，要坚持体育锻炼，以防止肌肉萎缩，维持和改善关节活动。

刘炎　许建敏

第九节　内分泌疾病

一　单纯性甲状腺肿

单纯性甲状腺肿，俗称大脖子病，是由于缺碘、致甲状腺肿物质以及甲状腺激素合成障碍引起的代偿性肿大，而不伴有明显的甲状腺功能异常。根据其流行特点，可分为地方性甲状腺肿和散在性甲状腺肿两类。地方性甲状腺肿，主要是由于长期生活在缺碘地区所形成的。近年来陆续有高碘性地方性甲状腺肿的报道，为了和缺碘性地方性甲状腺肿区别，按传统习惯把缺碘性地方性甲状腺肿称为地方性甲状腺肿；而把高碘引起的甲状腺肿，无论散发性或地方性甲状腺肿，统称为高碘性甲状腺肿。

病因病机

中医学把甲状腺肿大的疾病分别称为瘿、瘿元、瘿瘤、瘿病等，并很早就开始用含碘中药和动物甲状腺来治疗瘿病。隋代巢元方所著《诸病源候论》中就记载了瘿病的病因、分类和治疗，认为其发生与情志、饮食和地理环境等因素有关。提出了“有血瘿，

可破之；有息肉瘿，可割之；有气瘿，可俱针之。" 的分类和治疗方法。

现代医学认为，单纯性甲状腺肿的病因有以下几个方面：

1.饮食中缺乏碘；

2.饮食内含致甲状腺肿的物质；

3.先天因素或药物引起的甲状腺激素合成不足；

4.由于对甲状腺激素的生理需要量增加而引起的甲状腺激素相对不足；

5.饮食中含碘过高。

临床表现

单纯性甲状腺肿的突出体征是脖子粗，甲状腺肿大多为弥漫性，也有呈结节性肿大、皮色如常、无自觉疼痛，按之皮宽而质地较软，一般无全身症状。地方性甲状腺肿有时可呈高度肿大，环绕颈前，压迫邻近器官而引起呼吸困难、咳嗽、吞咽不利、声音嘶哑等。散在性甲状腺肿的肿大程度一般较轻，质软光滑，多呈对称性，可随吞咽动作上下移动。随着病程延长，甲状腺质地逐渐偏硬或出现结节，患者的基础代谢率、血浆蛋白结合碘、血清总T_3、T_4一般均属正常。缺碘性者，可有血清 TSH 或甲状腺^{131}碘摄取率升高，但可被T_3、T_4所抑制。如因过氧化物酶缺之而引起的甲状腺激素合成障碍者，过氯酸钾释放试验阳性。

辨证施治

1.肝郁气滞：

主证：甲状腺肿大多与情志变化有关，月经期、妊娠期加重，胁痛腹胀，经来乳房胀痛，少腹疼痛，舌红、苔薄，脉弦。

治则：疏肝理气，化痰散结。

处方：肝俞（－）　气瘿（－）　合谷（－）　丰隆（－）　天突（－）　膻中（－）　足三里（＋）（双）

穴方简释：手足阳明经均循行于颈部，取合谷、足三里以疏通阳明经气；肝俞、丰隆、天突、膻中，能疏肝、理气、化痰、散结；气瘿，疏导局部经气，以达到疏经活血、理气散结的功效。

操作方法：气瘿，在颈前相当水突穴部位，根据甲状腺肿块大小可稍有改变。针气瘿穴时，针体呈45°角自腺体边缘刺向肿块中心，可采用鸡爪刺法，不留针，或旁刺法；余穴进针得气后用提插或捻转补泻法，留针20分钟。

疗程：隔日针刺1次，10次为一疗程。

2.脾虚痰湿：

主证：甲状腺显著增大，神呆嗜睡，胸闷纳少，肢软乏力，舌红、苔白腻，脉濡。

治则：健脾除湿，化痰软坚。

处方：脾俞（＋）　阴陵泉（＋）　气瘿（＋）　合谷（＋）　丰隆（－）　天突（±）　膻中（±）　足三里（＋）

穴方简释：脾俞、阴陵泉、合谷、足三里，能和胃化湿；天突、丰隆、膻中，理气

化痰、软坚散结；气瘿，疏导局部经气。

操作方法：同前。

疗程：隔日针刺1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.艾灸：取天突、膻中、臂臑、风池、大椎、气舍、臑会、天府、冲阳。膻中、天突，各灸7壮；其他穴各灸18壮。灸如米粒大。隔日治疗1次，10次为一疗程。

2.挑针：用左手将肿块提起，用粗毫针（26～28号）快速从中部穿过或刺入结节中心，就迅速出针，注意不要刺伤动脉。疗程：每天治疗1次，7次为一疗程。

3.耳针：取内分泌、皮质下、甲状腺，每次选2～3穴，以皮内针刺之。每日1次，7次为一疗程。

4.皮肤针疗法：在项部、肩胛部、前颈部叩刺，适用于颈部皮肤松弛的患者；或结节减轻后，可配合针刺应用。

文献选录

瘿瘤：脑户、通天、消泺、天突。（《资生经》）

瘿病：天突、气舍、臑后。（《甲乙经》）

评述

1.针气瘿时注意勿过深，防止刺伤气管、喉头或大血管。出针后应用消毒棉球按压针孔片刻，以防出血而形成血肿。

2.对缺碘引起的地方性甲状腺肿，应结合碘剂内服，以增强疗效。对高碘引起者，应停止高碘饮食。

3.甲状腺显著肿大，发生压迫症状，而针刺、药物不能迅速取效者，可考虑手术。

胡国胜

二　甲状腺机能亢进症

甲状腺机能亢进症(甲亢)，是由于甲状腺异常地合成与分泌过多的甲状腺激素(T_4、T_3）而引起的、以人体代谢增高为特征的内分泌疾病。本病女性较男性多见，据统计，女性与男性之比，约为5:1。各种年龄均可发病，但以青、中年发病率最高。甲亢发病大多缓慢，较难确定其明确的起病日期，少数病人可因精神创伤后迅速发病。

本病由于临床症状复杂，难以某个中医病名给予对应，只能根据其具体症状的轻重、主次等而分属于不同疾病范畴。如：以甲状腺肿大为主者，属瘿病；易饥多食、口干咽燥、消瘦明显者，属消渴；心动过速，伴明显心悸心慌者，属惊悸、怔忡范畴。

病因病机

中医学认为，甲亢的病因与情志失调、禀赋不足有关，其病机重点在于机体水火失

谐，阴阳偏盛偏衰。若长期情绪抑郁，轻则气机郁滞，重则五志过极化火伤阴，导致心肝阴液亏损、虚火妄动；禀赋不足、肾阴素亏之体，可因肾水不足，无以济火涵木，致心肝之阳气易于偏亢，若复受情志所激，遇有气郁则极易化火更伤阴液，从而促成本病。

在甲亢症的病机发展过程中，若心肝之火移热于胃，侮犯于脾，每致胃热脾虚；阳明所纳之水谷精微还可因肝郁、脾虚、胃热而聚结为痰，痰浊若循经上逆汇集于颈而为瘿肿（即甲状腺肿）；流注于肝脉，凝结于目窍则眼球突出。然痰浊阻聚经脉不利，气血亦为之郁滞，日久可成痰瘀互结之症，常致病情缠绵难愈。

现代医学认为，甲亢是一种自身免疫性疾病，病人血清中存在一种具有兴奋甲状腺作用的甲状腺刺激免疫球蛋白抗体，它可与甲状腺滤泡细胞膜上的受体结合，通过活化，可使甲状腺过多地合成、分泌T_4、T_3，机体代谢增高，从而出现各种甲亢的临床症状。

临床表现

因患者血中甲状腺激素含量过多，致机体组织细胞代谢异常增高，产热增多，故其临床表现以高代谢症候群为主。此外，还具有一些甲亢症的特有表现，如：

1.症候：

（1）高代谢症候：畏热、多汗、皮肤潮热，易饥多食、消瘦、乏力、面红升火、口干咽燥、舌红。

（2）高循环动力症候：心跳增速、有力，心悸，心慌，脉数。

（3）神经精神症候：急躁易怒，焦虑不安，手抖，失眠。

2.体征：

（1）甲状腺体征：多数患者甲状腺呈两侧弥漫性、对称性肿大，质地软而带韧、表面光滑，触诊时如肉样或软橡皮样感觉；甲状腺部位，常可听到血管杂音。

（2）眼部体征：眼球突出，伴异物感，多泪，畏光，结膜充血，结膜水肿，眼睑肥厚，复视等。部分甲亢患者，可无眼部体征。

实验室检查：患者基础代谢率增高；血清总T_4、T_3含量高于正常，尤其是游离T_4、T_3含量增高；甲状腺^{131}碘摄取率高于正常，^{131}碘摄取抑制试验$<50\%$，多数患者血清中可查出甲状腺刺激免疫球蛋白抗体。

辨证施治

甲亢症的病机特点是阴虚为本，火旺为标，但火旺太过，常伤及于气，导致气虚，故本病的辨证以阴虚火旺及气阴两虚二证为常见。

1.阴虚火旺证：畏热多汗，形体消瘦，易饥多食，五心烦热，心悸心慌，急躁易怒，面红升火，大便干结，失眠多梦，口干咽燥，舌红、少苔，脉细数。

治则：滋阴清火。

处方：三阴交（＋）　照海（＋）　复溜（＋）　神门（－）　间使（－）　太冲（－）（双）

易饥多食、口干喜冷饮甚者，属胃火炽盛，加泻内庭；手抖、性烦易怒、胸闷喜叹息、口苦好哭者，为肝气郁结化火，加泻阳陵泉；甲状腺肿大者，加泻气瘿（相当水突

穴，其具体位置应依甲状腺肿大程度而稍有出入）或平瘿（第4、5颈椎间旁开0.7寸处）；眼球突出者，加泻上天柱（天柱穴上0.5寸），风池。

眼睑后缩或下垂者，加泻攒竹、丝竹空、阳白；复视者，加睛明。

穴方简释：三阴交，为足三阴经气之会；照海，为阴跷脉气所发。二穴善滋阴清润。复溜，以滋阴清火止汗为长。三穴与清心安神的神门、间使并用，与疏肝气泄郁火的太冲相伍，旨在清虚火而护阴液，壮水之主以制阳光。胃火炽盛则饥渴难忍，取胃经之"荥"穴内庭，以清泄胃火，导热下行；阳陵泉，可疏肝气而泄郁火；甲状腺肿大多属痰瘀互结，配局部的气瘿及邻近的平瘿穴，在于行气豁痰，活血祛瘀；眼球突出者，亦为痰瘀相搏所致，取上天柱、风池以导气通络，化痰消瘀；攒竹、丝竹空、阳白，善疏通眼周之经气；睛明，为治复视之要穴。

2.气阴两虚证：五心烦热，咽干口燥，食欲不振，气短乏力，自汗，大便溏泄、次数增多，舌淡、少津，脉细弱无力。

治则：益气养阴。

处方：足三里(＋)　公孙(＋)　三阴交(＋)　太溪(＋)　内关(－)(双)　关元(＋)

腹泻明显、乏力自汗甚者，加补脾俞、肾俞；烦躁易怒者，配泻行间；活动气短者、加补膻中；夜寐盗汗者，补复溜；伴甲状腺肿大或眼球突出者，配穴方法同"阴虚火旺证"。

穴方简释：足三里、公孙，健脾益气，补中土以化精微；关元，培元固本；三阴交、太溪、滋阴清热。以上诸穴相配，使气有化源，阴得气生，相辅相成，以达治疗气阴两虚的目的。取内关，在于除烦安神。若脾气虚甚，可加配脾俞、肾俞，以培土固摄；行间，疏肝清火，用于肝郁化火等症；动则气短为气虚之症，当配上气海膻中以补气调息；夜寐盗汗为气阴两虚、营卫不调，配复溜以滋阴清热止汗。

操作方法：进针得气后用捻转提插补泻手法。颈项部的气瘿、平瘿穴用捻转泻法；头项部的上天柱、风池穴，用徐入徐出的"导气"法，使针感传导至眼区；眼周的攒竹、阳白、丝竹空等穴，用捻转泻法。

疗程：隔日针刺1次，10次为一疗程。

其他疗法

耳针：取神门、皮质下、内分泌、心、脾、脑点，每次取2～3穴，每日1次，10次为一疗程。

文献选录

"瘿，天窗及臑会主之"；"瘤瘿，气舍主之"。（《针灸甲乙经》）

"五瘿：列缺、扶突、天突、天窗、缺盆、俞府、膺俞、膻中、合谷、十宣（出血）。（《针灸大全》）

"瘤瘿气咽肿：天府、臑会、气舍。"（《针灸资生经》）

评述

甲亢症如出现高热、呕吐、谵妄、面红、脉数（每分钟超过140次）等症状，为甲亢危

象，应迅速进行抢救。

重症甲亢患者，特别是伴有心脏损害时，可适当配合小剂量抗甲状腺药治疗。

治疗期间，应严格禁食海藻类含碘食物，并避免食辛辣等刺激性物品，注意起居调理，保持心情轻松愉快。

何金森

三　甲状腺功能减退症

甲状腺功能减退症，是由于血循环中缺乏甲状腺激素引起的，以人体代谢过程降低为特征的疾病。甲状腺功能减退症可发生于各种年龄。如功能减退起始于胎儿期或出生不久的新生儿，称为呆小症；如功能减退始于发育前儿童，称为幼年型甲状腺功能减退症；如功能减退始于成人期，称为成人型甲状腺功能减退。病情严重者，由于皮肤被粘蛋白和粘多糖浸润，产生特征性的非凹陷性水肿，称为粘液性水肿。本节着重讨论成年型甲状腺功能减退症。

病因病机

中医学认为，本病的发生与饮食、环境和情志因素有关，其病机为脾肾阳虚。患者可因阳气虚弱、气化失司以致痰湿内停而成水肿，或因痰、气、瘀互结于颈而成瘿。现代医学认为，甲状腺功能减退症有以下几方面的病因：

1.饮食中缺碘或含有致甲状腺肿的物质；

2.甲状腺切除术、^{131}碘过度治疗以及其他一些药物引起的甲状腺功能减退；

3.甲状腺炎；

4.先天性甲状腺发育异常或甲状腺激素合成缺陷；

5.由下丘脑-垂体病变引起的继发性甲状腺功能减退。

目前认为，成人表面上原因不明的原发性甲状腺功能减退症最常见的原因是慢性淋巴细胞性甲状腺炎，病理检查发现患者的甲状腺主要为淋巴细胞和浆细胞浸润，这提示甲状腺是因自身免疫反应而受损害，从而引起甲状腺功能减退。在该病患者血清中，常能检查出高滴度的抗甲状腺球蛋白和抗微粒体的自身抗体，并发现有其他体液免疫和细胞免疫的异常。因此，开展这方面的检测对本病的诊断、预防及疗效评定都有重要意义。

临床表现

本病发展缓慢、起病隐袭，早期症状常缺乏特征性。患者可出现畏寒、乏力、少汗、纳差、便秘、记忆力减退、女性月经紊乱等症状，待数月甚至10余年后，才出现典型表现。手术后引起者，症状可出现较早。本病的典型表现为：

1.一般情况： 体温偏低，畏寒，嗜睡、少动，反应迟钝，面容萎黄、虚肿，皮肤干、冷、粗、厚、多屑，毛发干枯、脱落，可有凹陷性或非凹陷性水肿，舌淡胖，脉沉迟。

2.神经精神症状： 智力、理解力下降，各种感觉减退，腱反射迟钝，并可出现一系列精神症状。

3.心血管系统：心脏增大，心率缓慢，心包积液，动脉硬化，尤其是冠状动脉硬化。

4.消化系统：厌食、便秘、肠胀气。

5.生殖系统：性欲减退，生育力降低，女性月经失调。

实验室检查：患者的基础代谢率，甲状腺^{131}碘摄取率，血清蛋白结合碘，血清总T_4、T_3均降低。原发性甲状腺功能减退者TSH升高，续发性甲状腺功能减退者TSH明显降低。在慢性淋巴细胞性甲状腺炎患者的血清中，还可检出高滴度的抗甲状腺抗体，甲状腺扫描有不规则的浓集和稀疏区。

甲状腺功能减退症的诊断，要根据病程、症状、体征及实验室指标的综合评价来确定，还需与慢性肾炎、肾病综合征的水肿，贫血及其他一些疾病进行鉴别。

辨证施治

脾肾阳虚：神疲乏力、淡漠、嗜睡、智力减退，畏寒肢冷，四肢不温，面浮肢肿，腰膝酸软，皮肤粗糙，毛发干枯、易脱落，食欲不振，大便秘结，女子月经不调甚至闭经，男子性欲减退甚至阳萎，面色皖白或萎黄，舌质淡胖有齿痕、苔白腻，脉沉细。

治则：温阳益气，健脾补肾。

处方：大椎　肾俞　命门　膻中　风池　丰隆　关元　天突

脾胃虚弱，加脾俞、胃俞、中脘；虚寒便秘，加天枢、大横、大肠俞、上巨虚；水湿内停，加肺俞、脾俞、三焦俞；痰蒙清窍出现精神症状，加百会、四神聪、神门。

穴方简释：大椎为督脉之要穴，称为诸阳之会，与肾俞、命门、关元同用，有培本固元、温阳益气的作用；气会膻中配合天突、风池、丰隆，具有疏经理气、化痰消瘿散结的作用，对甲状腺功能减退而有甲状腺肿大者有较好效果。脾胃虚弱而厌食者，以胃的募穴中脘加脾俞、胃俞健脾和胃。腹胀便秘，加大肠俞以及大肠下合穴上巨虚和大横疏通大肠腑气。水湿内停者，加肺俞、脾俞、三焦俞来促进三焦气化，利水消肿。由于脾肾阳虚，清阳不举，痰浊蒙蔽清窍而出现精神症状者，在益气温阳、化痰消瘿的基础上再加百会升举清阳，神门、四神聪宁神开窍。

操作方法：对甲状腺功能减退症患者，在针刺治疗时可采用温针方法，针刺得气后，将艾绒捏在针柄上点燃，直到艾绒燃完，再换上新的艾绒，每次每穴可烧3～5壮。

疗程：隔日治疗1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.艾灸：取大椎、肾俞、命门、膻中、中脘、关元、丰隆、天突、肺俞、脾俞等穴，将其分成几组，每组选用4～5个穴位，轮换使用，采用大壮隔附子饼灸，每穴3～5壮，使热的感觉深透到体内。隔日1次，10次为一疗程。

2.耳针：取内分泌、交感、皮质下、三焦、甲状腺，每次取2～3穴，每天1次，7次为一疗程。

文献选录

瘿瘤：风池、耳上发际，大椎累积灸百壮，大椎旁过半略下方三十壮，臂臑随年

壮。（《千金翼方》）

评述

对缺碘引起的甲状腺功能减退应在针灸治疗的同时补充碘的摄入量。

对较严重的甲状腺功能减退患者，可在针灸治疗的同时，配合用益气温肾助阳的中药或小剂量的甲状腺激素，以防止影响机体各方面的功能。

甲状腺功能减退患者皮肤修复功能较差，在施用温针或灸法治疗时，要防止烫伤。

胡国胜

第十节　泌尿系统疾病

一　肾小球肾炎

肾小球肾炎，简称肾炎、是以两侧肾脏肾小球病变为主的一种肾的原发性疾病。目前认为，本病并非细菌直接感染肾脏所致，而是由感染后产生的变态反应所引起。临床表现，以浮肿、高血压、血尿和蛋白尿为主。根据临床症状及病程，可分急性肾炎和慢性肾炎两种。本病在男性中发病率较高，急性肾炎多见于小儿和青少年，其病程短，预后良好，多数患者在半年内痊愈，部分可延长至1～2年，少数转为慢性。慢性肾炎多见于中青年，一般认为急性肾炎持续1年以上仍未痊愈者，即为慢性肾炎，部分患者可无急性肾炎病史，当发现尿液变化时，已患慢性肾炎。慢性肾炎表现复杂，晚期可导致尿少、尿闭、恶心、呕吐、昏迷等肾功能衰竭的危险证候。

我国古代医籍中虽无肾炎病名，但肾炎出现的水肿、血尿、高血压、氮质血症等，可散见于中医学所述的有关疾病中。如以水肿为主要症状者，可属水肿病，以蛋白尿为主，症见面色㿠白，全身困倦无力，心慌气短，手足心热等，则属虚劳范畴。若以腰酸.腰痛为主，则可归腰痛论治。若形成氮质血症，又应按关格、癃闭等治疗。

病因病机

中医学认为，急性肾炎多属实证，主要由于外邪侵袭而成。因风邪袭表，肺气不宣，不能通调水道，下输膀胱，以致风遏水阻，风水相搏，溢于肌肤，形成浮肿。也可由皮肤反复感染疮毒，湿热内侵，下注肾与膀胱，使肾脏开阖失常，膀胱气化不利而致水肿、蛋白尿。慢性肾炎多为正虚邪实。正虚以肺、脾、肾三脏之阳虚为主，肺虚则治节失司，脾虚则不能制水，肾虚则不能利水，而致水气泛滥，形成水肿。亦有水湿久困而热化者，更有化热而伤阴者，其最终常导致阴阳两亏，气血皆虚，或虚实错杂，成为难治之证。

临床表现

急性肾炎，发病前2～3周常有上呼吸道炎症，或皮肤感染。起病急以浮肿、血尿的

症状为最多见。多数患者在清晨起床时眼睑浮肿，浮肿时尿量减少或无尿，小便混浊呈咖啡色，肉眼血尿持续时间不长，数日后即转为镜下血尿。可有中等度或轻度蛋白尿。多数患者有轻度或中度高血压，病程不一，短者仅历时数日，长者可达1年以上，多数在4～6周之间。如蛋白尿、镜下血尿持续6个月至1年即转入慢性期。慢性肾炎表现各异，有的无明显症状，有的有明显血尿、浮肿、高血压。发展快的可以数年数月出现尿毒症。多数患者呈进行性加重，但有些患者的症状可部分或全部缓解，病程长达20～30年。慢性肾炎的浮肿在肾病型最重，后期因肾功能减退，浮肿可不明显。若血压持续升高，临床上可见头晕、头痛、胸闷、视物模糊等症，并可导致左心室肥大或心力衰竭。

辨证施治

1.急性肾炎：

（1）风水相搏：水肿从眼睑开始，继则四肢，甚至全身皆肿，皮肤光亮，按之凹陷，小便短少，或有发热、恶风、咽喉肿痛、咳嗽，舌苔薄白，脉浮紧。

治则：疏风利水。

处方：列缺（－）　外关（－）　风池（－）　三阴交（＋）（双）

风寒，加风门、肺俞；风热，加合谷、曲池、大椎；

咳喘，加尺泽、内关、天突。

穴方简释：本证由风袭肌表，肺气失宣，不能通调水道所致，风为阳邪，其性上行，风水相搏，故肿自头面始。方中取手太阴络穴列缺与外关相配疏，以宣其肺气、泄其阳邪，佐风池以祛风解表，伍三阴交以分水邪。风寒者，加风门、肺俞，施以艾灸或拔火罐，以通阳散寒。风热者，加针刺合谷、曲池、大椎以清泄热邪。喘咳，加尺泽宣通肺气，加内关、天突以增顺气肃降之力。

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法。风寒者，可配合艾灸或拔火罐，留针15～20分钟。

疗程：每日针灸1次，6次为一疗程。

（2）湿热蕴结：始患皮肤疮病，继则全身水肿，肌肤胀急，小便短赤，发热口干，胸中烦闷，大便秘结，苔黄腻，脉数。

治则：清利湿热。

处方：合谷（－）　曲池（－）　血海（－）　三阴交（＋）（双）

血尿，加大敦、阴陵泉；头晕、头痛，加风池、太冲。

穴方简释：疮毒内侵，湿热盘踞肾与膀胱，气化不利，开阖失职，水溢肌肤。方中取合谷、曲池、血海清热解毒，取三阴交健脾利湿。若热邪灼伤血络而致尿血，则加大敦、阴陵泉以清热凉血。若热邪循肝经上冲而致头晕头痛，加风池、太冲以清泄肝热。

操作方法：进针得气后用提插捻转补泻法，留针20分钟。

疗程：每日针刺1次，6次为一疗程。

2.慢性肾炎：

（1）脾肾阳虚，水湿泛滥：全身高度浮肿，或伴腹水、胸水，面色㿠白或萎黄，形寒肢冷，神疲乏力，尿少便溏，纳呆腹胀，甚则咳喘，舌淡体胖、苔薄白，脉沉细。

治则：温补脾肾，利水消肿。

处方：脾俞（＋） 肾俞（＋） 阴陵泉（＋） 三阴交（＋）（双） 关元（＋） 水分（＋）

无尿，加曲骨、志室；纳差，加足三里、中脘；心悸，加内关、神门。

穴方简释：本证由肾阳虚惫、气化无力、脾阳衰微，不能制水所致。方中取脾肾背俞穴及强壮要穴关元，以温补脾肾，共为主穴。佐以利水要穴水分分利水邪，辅以阴陵泉、三阴交健脾利水。无尿者加曲骨、志室以温肾壮阳、通利膀胱，纳差加足三里、中脘以助脾胃运化。水气凌心而致心悸不安者加内关、神门以宁心安神而定心悸。

操作方法：进针用提插捻转补法，留针30分钟。背俞穴及腹部俞穴可加艾条温和灸15分钟，或艾炷灸，或隔附片灸5～7壮。

疗程：隔日针灸1次，10次为一疗程。

（2）肝肾阴虚、肝阳上亢：或有微肿，小便短赤，头痛头晕，面赤袭热，耳鸣目涩，虚烦失眠，心悸不安。舌红苔少，脉弦细。

治则：滋阴潜阳。

处方：三阴交（＋） 太溪（＋） 太冲（－） 风池（－）（双）

头痛甚者，加曲池、合谷；夜难入寐，加神门。

穴方简释：病变后期阳损及阴，以致肝肾阴虚，虚阳亢扰。方中取三阴交、太溪滋补肝肾阴精以治其本，取太冲、风池上下相配潜镇肝阳以治其标。气血上逆而致头痛甚者加曲池、合谷以降逆止痛，寐差加神门宁心安神。

操作方法：进针得气后用提插捻转补法，留针30分钟。

疗程：隔日针刺1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.水针：取三焦俞、肾俞、关元俞、足三里，每次选用2穴，每穴注射复方当归液或胎盘组织液1～2毫升，隔日治疗1次，10次为一疗程，本法适用于慢性肾炎。

2.耳针：取肾、膀胱、脾、内分泌为主穴，肺、三焦、肾上腺为配穴。每次选2～3穴。急性肾炎，每日针刺1次，用捻转泻法，留针1小时，6次为一疗程。慢性肾炎，隔日针刺一次，用平针法，留针30分钟，10次为一疗程，也可用埋籽或埋针法。

3.皮肤针：取膀胱经背部第1、2侧线、下腹、大腿内侧足三阴经穴，自上而下叩刺，急性肾炎用强刺激，隔日1次，3次为一疗程。慢性肾炎用中等刺激或弱刺激，隔两日治疗一次，5次为一疗程。

文献选录

“水肿，人中尽满，唇反者死，水沟主之。水肿，水气行皮中，阴交主之。腹中气盛，腹胀逆，不得卧，阴陵泉主之。”（《针灸甲乙经》）

“天枢、丰隆、厉兑、陷谷、冲阳主面浮肿。（《千金要方》）

“……学生治水肿，以药饮之，久之不效。以受其延待之勤，一日忽为点水分与气海穴，翌晨，观面如前矣。”（《针灸资生经》）

“皮水、正水、石水、风水，因气、湿、食，刺胃仓、合谷、石门、水沟、三里、

复溜、曲泉、四满。（《针灸聚英》）

"浑身浮肿：曲池、合谷、三里、内庭、行间、三阴交。"（《针灸大成》）

经验选要

刘寿河，针灸治疗急性肾炎32例，多数患者因上呼吸道感染、皮肤病灶的存在，用青霉素，同时补充维生素、忌盐饮食，针刺关元、水道、三阴交，每日1次，速刺不留针。治疗一般在3天后尿量增加，7天左右水肿消退，继之尿检查转阴。结果17例痊愈，13例好转（水肿全消，尿检查未正常），2例死亡（合并心衰）。（1961年）

奚永红等，针灸治疗慢性肾炎15例，除2例肾功能代偿不全在针灸治疗前已服中药外，其余13例治疗其间均未服中西药物。针刺以轻捻浅刺卧针为主，留针20～30分钟，每周针刺2次。治疗结果，显效5例（症状改善，24小时尿蛋白总量低于1克，肾功能维持正常），有效3例（症状改善，24小时尿蛋白总量较治疗前有所降低，肾功能基本维持正常），无效7例（症状及化验指标均无明显改变）。（1982年）

评述

急性肾炎以浮肿为主要症状者，多因外盛风邪水湿，属阳水实证，风胜者重在肺，湿胜者重在脾，治以祛邪为主，可以发汗、利水、攻逐为法。如肾失封藏，以致精微物质被泄弃，出现蛋白尿者，针灸临床仍以治水肿为主，兼以益肾，待水邪除净，肾气恢复，蛋白尿也会随之消失。如见有血尿症状者，则参照清热凉血之法。出现高血压症状者，只要水肿消除，高血压症状自然缓解。故勿需作重点治疗。

慢性肾炎的浮肿起病缓慢，为内伤劳倦所致，属阴水虚证，治当扶正为主。部分患者经治疗，虽然水肿很快消退，但仍可伴有客观指标异常，针灸治疗应根据患者临床表现仔细辨证，通过补益肝、脾、肾以调整阴阳，并宜配合药物综合治疗。当病变后期，脾肾阳虚，湿浊内停，化为热毒而出现尿中毒危重症候时，需采用综合措施，积极抢救。

患者在症状明显时应注意休息，水肿严重，血压较高时，应限制食盐。平时不宜过度疲劳，注意保暖防潮，参加体育锻炼。经常用艾条温和灸关元、足三里等穴，提高机体防御能力，防止感冒，积极治疗慢性咽喉炎，中耳炎等感染病灶，减少发作及恶化的诱因。

王玲玲

二　肾下垂

成人肾脏在深呼吸时，右肾下极可被触及，如移动度增大，吸气时可触及2/3时称肾下垂。本病多见20～40岁的妇女，男性极少。

中医学中无肾下垂病名，根据本病的临床症状，主要归属腰痛或肾虚腰痛证中。

病因病机

本病为慢性腰痛，多属于肾虚腰痛，因腰为肾之外候，诸经皆贯于肾而络于腰，肾

气虚惫，则腰部作痛。导致肾虚腰痛的原因，多因劳损所造成，如过度负重或从事力所不胜的劳动，因而损伤肾气，或禀赋不足，房劳不节，妇女生育过多等，均可引起肾虚腰痛。

现代医学认为，本病多见于生育过多的妇女，或原来肥胖而后变为消瘦，腹壁肌肉松弛、腹内压降低、肾周围脂肪减少、不能维持其正常位置所致。此外肾蒂过长，肾囊与腹膜间结蒂组织松弛，先天性腹壁肌肉发育不良等，亦为其致病原因。

临床表现

少数患者，可无明显的临床症状，但多数可见下列症状：

1.由于肾脏下垂，牵拉其邻近组织，而出现肾区钝痛或牵扯痛，均在劳累或行走后发生。妇女月经期及大便秘结时可加重，平卧后则可消失；如肾蒂或输尿管扭转时，可发生肾绞痛；如遭受感染，可出现尿频尿急及发热等急性炎症症状。

2.下垂的肾脏，可牵拉十二指肠、结肠和肠系膜，而出现消化不良、腹胀恶心、呕吐、便秘、腹泻等症，也可因肾下垂产生神经反射，刺激十二指肠，而出现各种消化道症状。

此外，还可出现头痛、头晕、心悸、失眠、记忆力减退、易于疲劳等神经衰弱症状。

本病的诊断，可根据病史及临床表现，腹部检查摸到肾脏位置，及移动范围超出正常限度可以诊断，必要时作静脉肾盂造影以明确诊断。

辨证施治

1.肾气虚弱证：证见腰部疼痛，痛在脊柱两侧，绵绵不休，休息后可暂时减轻，劳累则疼痛加剧，或有坠胀感，且伴见头痛、头昏、耳鸣、心悸、健忘、膝软、足跟痛等。一般多偏于肾阳虚，舌质淡或胖嫩，脉沉细。如偏于肾阴虚者，可见面部烘热、五心烦热、口干、舌红，脉细数等。

治则：补益肾气，升清举陷。

处方：肾俞（＋）　志室（＋）　关元（＋）　百会（＋）

肾阳虚，加命门；肾阴虚，加三阴交、太溪；心悸，加内关；耳鸣，加耳门。

穴方简释：本病主要由肾气虚弱所致，故取肾俞、志室，以补益肾气而治腰痛，取关元，补益下元而固摄肾气之下陷；取百会，属下病取上，有提升清阳、陷则举之之意。其肾阳虚者，加灸命门以助阳；肾阴虚者，取三阴交、太溪以益阴；心悸者，加内关以安心；耳鸣者，加耳门以通其经气、宣其耳窍。随证加减，灵活掌握。

操作方法：肾俞、志室、关元、百会四穴，进针得气后用提插或捻转补法，针后加艾条灸，配穴命门，可单用灸法；三阴交、太溪等穴，用提插补法；内关、耳门，可用泻法，留针30分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

2.脾肾两虚证：腰部坠痛，稍劳则甚，休息后好转，食欲不振，食后作胀或坠痛，不时作恶，甚则呕吐，大便溏泻，或便秘腹泻交替出现。舌淡苔薄，脉细弦，多见于肾

下垂牵拉十二指肠，结肠等或同时有胃下垂的患者。

治则：调补脾肾。

处方：脾俞（＋） 肾俞（＋） 中脘（＋） 关元（＋） 足三里（＋）

呕吐，加内关；腹泻，加天枢。

穴方简释：本病由脾肾两虚所致，故取脾、肾两俞以补益之；加关元以补益下焦之元气；取中脘、足三里以助脾胃之运化，而消脘腹之胀痛；取内关和中降逆；取天枢调理传导功能而治腹泻。

操作方法：进针得气后用提插或捻转补法，针后加灸；内关、天枢，可行平补平泻手法。留针20～30分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

3.湿热下注证：证见腰痛较甚，坠胀难忍，小便不畅，或尿频、尿急，或伴有发热，口干、舌红、苔黄腻，脉数等。多见肾下垂并发感染者。

治则：清利湿热。

处方：肾俞（－） 三焦俞（－） 中极（－） 水道（－） 阴陵泉（－）（双）。

发热者，加大椎、合谷。

穴方简释：本证由肾下垂并发感染所致，根据急则治标的原则，予以清热利湿的治法。取肾俞、三焦俞，以通调主水之脏；取中极、水道，以畅水流；取阴陵泉，以利小便，使湿热之邪有出路。伴有身热者，泻大椎、合谷以解热。

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法；大椎、合谷用疾进疾出泻法以清泄热邪。

疗程：每日治疗1次，连续3～5天。

其他疗法

1.耳针：取肾、膀胱、神门、皮质下，用轻刺激，或埋针法，每天压按数次。

2.提肾法：取三焦俞、肾俞、气海俞，用4寸长针，行透针法，即从三焦俞进针2～3分后将针卧侧，针头向下，沿腰肌透过肾俞，抵达气海俞，并将针向一个方向搓2～3次，使针下有沉涩感，然后缓慢向上提起，经3～5分钟出针，隔1～2日1次，连续3～5次。

经验选要

姚卫良报道，针刺治疗肾下垂128例，其中右肾下垂86例，左肾下垂3例，双侧下垂39例，均经超声波或X线肾盂造影确诊。治则：益气升提。取穴：体针、水分、解垂（髂前上棘内3寸）、委中、阴谷。耳针，肾、腰椎、尿道、神门。加减法：饮食不香或腹部胀痛者，加足三里；大便秘结，加支沟、耳穴大肠；大便溏薄，加关元；睡眠差者，加耳针神门；肾脏复位后留有不适感者，加阴谷。操作法：水分、解垂，直刺深1～1.5寸，针感较强，向四周放散；提肾时解垂穴针感要求向上向外侧扩散，留针15分钟，每日1次，10次为一疗程。治疗结果，痊愈41例（肾位置恢复正常），有效73例（肾体有上升），无效14例（经1～3疗程症状无改善）。（1981年）

评述

本病患者，有的可无明显症状，可不需治疗。针灸治疗，能较快的改善症状，但根治则要较长时间的治疗才能有效。其合并胃下垂者，可参考胃下垂针灸治疗，合并感染者，可参考尿道感染病的针灸治疗。

除治疗外，应加强体质锻炼，特别是腹肌锻炼。如仰卧起坐和游泳等，对瘦弱的患者应加强营养，以增强体质。

其并发肾结石、肾盂积水、肾盂炎者，可参考各有关篇的针灸治疗，症情重者，应配合其他有效疗法，或转手术治疗。　　　　邱茂良

三　睾丸炎

睾丸炎，是睾丸受感染后引起肿胀疼痛，甚至化脓的一种病症。睾丸本身直接发生感染者很少见，多继发于附睾的感染，因此，常称附睾-睾丸炎。

中医学对睾丸肿痛病症，远在《内经》中即有记载，如《灵枢·经脉》和《邪气脏腑病形》等篇中，均有睾肿疼痛的描述。历代医家把本病归属于疝气病中（狭义的疝气）。中医外科学中有子痈病，从所述症状中，谓睾丸肿痛，甚则化脓，则系指本病而言。

病因病机

中医学认为，睾丸寄肾所生，属于肝而不属于肾，故凡睾丸肿胀疼痛，均与肝经有关，如感受寒湿之邪，阻于肝脉，脉气失和而致睾丸肿痛，若寒郁化热，或为感受湿热之邪，邪热蕴遏肝经，下注而为睾丸肿痛。热邪久困，化为热毒，终至化脓溃烂。

现代医学认为，本病常见致病菌为大肠杆菌、链球菌、葡萄球菌等，儿童则多由腮腺病毒所致，常见于腮腺炎后期5～7天，一般在7～14天多能消退，不致化脓。

临床表现

起病较急骤，初期仅感阴囊胀痛，阴囊皮色不变，睾丸疼痛，但全身症状较少。若急性发作，则阴囊红肿灼热，皮肤紧张光亮，睾丸肿大，质地坚硬，压痛明显，阴囊鞘膜积液，成脓后则压之波动，可引起鞘膜积脓，溃后流出黄稠脓液，收口较慢，可伴全身症状。有寒热，头痛，口渴，恶心，小溲短赤，刺痛。睾丸疼痛可向腹股沟反射，本病多见于一侧。若儿童并于腮腺炎者，则有腮腺肿胀等症。

辨证施治

1.寒湿症：一侧睾丸肿痛、坠胀，其寒邪偏重者，疼痛较剧，或掣引少腹，遇寒更甚，得温较舒，其湿邪偏重者，睾丸疼痛较轻，而肿胀较甚，患者阴囊肿大，舌苔白腻，脉弦紧或沉缓。

治则：温散寒湿。

处方：大敦（－） 太冲（－）（双） 气海（±）

寒邪偏重者，加脐下三角灸；湿邪偏重者，加阴陵泉；疼痛剧烈者，加曲泉。

穴方简释：本证为寒湿之邪凝聚肝经，故取大敦、太冲两穴，以疏调肝气；取气海，以理气止痛；脐下三角灸，专治寒疝，用之以祛寒止痛。其湿邪偏重者，加阴陵泉以去湿邪；疼痛剧烈者，取肝经之合穴以疏肝缓痛。

操作方法：进针得气后用捻转提插泻法，气海用平补平泻法，留针20～30分钟，出针后加艾条灸，脐下三角灸，在脐下约1.5寸两旁各开1.5寸处（二穴）为灸点，用隔姜灸，每次5～7壮。

疗程：每天1次，5次为一疗程。

2.湿热证：睾丸红肿发热，疼痛剧烈，阴囊肿胀发硬、触痛，全身高热，口渴，尿赤，热毒盛时则化脓溃烂，流脓黄稠，舌红、苔黄，脉滑数有力。

治则：清热解毒。

处方：大敦（－） 行间（－） 急脉（－）（双） 曲骨（－）

酌情选配曲泉、阴陵泉；高热者，加大椎、曲池。

穴方简释：本病由湿热循足厥阴经而蕴结于睾丸，治法当以疏通该经之邪热为主，故取大敦、行间，清泄肝经之热；急脉不仅属肝经，且与曲骨穴均靠近睾丸，用以清热消肿止痛。配穴曲泉为肝经合穴，泻合穴所以泄实热之邪，加阴陵泉以祛湿消肿；其高热者，取大椎、曲池以清之。诸穴共奏清热解毒之效，如已化脓或溃烂者，应由外科处理。

其他疗法

耳针：取外生殖器区、睾丸点，强刺激，每天1～2次，针刺入当耳廓发热充血后，多数病人立即疼痛减轻，并有阴囊上提感。

文献选录

"曲泉，主癀疝阴跳痛引脐中。交信、中都、大巨、曲骨治癀疝。卵偏大癞疝，灸关元百壮，或大敦随百壮。"（《针灸资生经·癞疝》）

"有因寒、因气、因湿热疾积流下。灸大敦、三阴交、小腹下横纹斜尖灸一壮。斜太冲、大敦、绝骨。"（《针灸聚英·疝》）

"癞疝：曲泉、中封、太冲、丘墟。"（《针灸大成·阴疝小便门》）

经验选要

许少承报道，用针刺治疗急性睾丸炎13例，取穴为三角穴、关元、归来、三阴交。三角穴，位于脐轮左右侧的下方，距脐斜下约2寸。操作法：取仰卧位，先针三角穴，再针关元、归来（病侧）、三阴交（病侧），手法宜轻，徐徐捻转，得气后留针10分钟再捻转1次，给予强烈的刺激，使感觉向肿大的睾丸及阴茎放射；健侧穴位用平补平泻法留针20分钟，再捻针1次，继续留针，留针时间50～90分钟。治疗结果：13例中除1例畏针未能继续治疗外，余12例均治愈。（1959年）

宋文超报道，针刺治疗睾丸炎8例。取穴为：太冲、大敦、气海、关元、三阴交，每次选用3～5穴，用泻法。偏寒者，留针15～20分钟，加用灸法；偏湿热者，不用灸法，隔日1次，治疗后痊愈者6例，显效者2例，治疗次数一般不超过10次。（1965年）

王真夫报道，针刺治疗急性附睾炎22例，其中并发睾丸炎者9例，精索炎者19例，睾丸鞘膜积液7例，精索结节7例，伴有轻度精索静脉曲张1例。取穴：主要有三阴交、关元、行间、足三里、阴陵泉、曲骨；配穴为中极、阳陵泉、悬钟、归来、大敦等。每次取3～4个穴，交替使用。操作：捻转进针，用中或强刺激，留针30～60分钟，每日治疗1～2次。疗效：经治疗后痊愈14例（症状完全消失，睾丸肿胀恢复正常），基本痊愈7例（症状消失附睾稍有肿大），无效1例。大多数患者治疗1～2天后，发热及疼痛消失，病情好转，睾丸肿胀可于10天左右消退。（1962年）

评述

针灸治疗睾丸炎，有较好疗效，但必须在早期治疗，方能迅速消肿止痛，后期肿胀厉害时，往往须配合外治法，如冷敷或外涂消炎药等，以帮助消肿止痛，如已化脓或溃烂，则应外科处理。儿童由腮腺炎而并发睾丸炎者，多不化脓，应用针灸治疗，多能迅速好转。

邱茂良

四　男性性功能障碍

男性性功能障碍和男性不育症，包括许多病症，其常见的有遗精、早泄、阳萎、不射精、无精子等。遗精，指不性交而精自遗出。早泄，指行房时过早射精不能进行正常性交。阳萎，指阴茎不能正常勃起，或勃起不坚，致使不能进行性交。不射精，指性交时未能排出精液，轻者可有少量精液流出，重者则全无。无精子，指精液缺乏精虫，或精虫活动力差，虽能进行性交，但不能生育，为男性不育症之一。这些病症，病因有许多共同之处，病机上常相互关联，故合并为一篇分别叙述。

上述诸症，中医历代文献中，论述颇多，对其发病原因与病机变化，治疗方法等均有较详的记载，针灸亦为有效治法之一。

病因病机

本病的病因病机较为复杂，概括起来有下列种种。

1．禀赋不足，素质虚弱，肾气不充，不能化精，或肾虚不摄等等，以致遗精、滑泄，或精液清稀或无精虫等。

2．房室不节，纵欲无度，肾气遭受重戕，而致遗精，重则精关不固，以致精滑无度。

3．思虑不遂，欲念无穷，心火旺盛，神伤于上则精摇于下，入夜多梦而遗精。

4．湿热下注，嗜食辛辣，纵酒无度，或饮食厚味太过，积湿生热，湿热下流，扰动精室，而致遗精，或滑精早泄等。

5．瘀血阻滞，瘀阻精道，精液不能排出，而致性交时不射精，或仅流出少量精液等。

上述遗精、早泄、阳萎、不射精、无精子等，虽可因不同原因而引起，但因肾主藏精，故各症均与肾虚有关，而且它们之间又多相互关联，如遗精久者，可导致早泄，而早泄又常为阳萎的早期症状，阳萎往往是早泄进一步发展的结果。

现代医学认为，男性性功能障碍的发病原因，是由大脑皮质机能和脊髓性中枢紊乱，和性生活过度，以及生殖系统的炎症病变等，均可导致发生本病。

临床表现

遗精，一般身体健康的男性，每月遗精1～2次，是正常生理现象，如遗精次数频繁，并出现困倦神疲等全身症状者，属于遗精症，其有梦而遗者称梦遗，无梦而遗者称滑精。早泄与阳萎关系至为密切，二者病因病机，治法等均相类似。早泄是行房阴茎插入或未插入阴道而射精，导致阴茎萎软不能进行性交。阳萎，是青壮年阴茎不能勃起，或勃起不坚，或坚而不能持久，致使不能性交者，二者常伴有神倦乏力，腰酸背痛等衰弱现象。不射精，行房时无精液排出，或仅有少量精液流出，常伴有阴强易举，甚则阴茎胀痛等症。无精子症，是行房时仅射出精囊及前列腺分泌物，其中并无由睾丸生成之精子，往往合并阳萎，但亦有无明显自觉症状者。

辨证施治

1.遗精：

（1）君相火旺证：证见梦中遗精，夜眠不宁，阴茎易于勃起，头昏耳鸣，心悸善惊，面红口干，舌尖偏红、苔少，脉象细数。

治则：清泄君相之火。

处方：心俞（－）　志室（－）　太冲（－）（双）　中极（－）

酌情选配神门、三阴交。

穴方简释：本证由君相之火偏旺，火扰精室而致遗精，故泻心俞、太冲以清君相之火；取志室、中极以益肾固精，配神门以安心宁神，并以三阴交以养阴固本。

操作方法：进针得气后心俞、太冲，用提插法以泻之；志室、中极，可用捻转补法；神门、三阴交，用平补平泻法。留针15～20分钟。

疗程：每日或间日1次，5次为一疗程。

（2）肾失封藏证：遗精频作，甚至一夜数次，滑泄无度，面色少华，精神萎靡，头晕目眩，双耳鸣响，腰膝酸软，舌淡、苔白，脉象细弱。

治则：补肾益精固涩。

处方：肾俞（－）　精宫（－）　太溪（－）（双）　关元（－）

酌情选配足三里、三阴交。

穴方简释：本证由肾虚不摄，精关不固，而遗泄无度，故取肾俞以补肾气，取精宫固摄精关，取关元培补下元，取太溪以滋肾水，元阴元阳，同时并顾。取足三里以资生化之源，三阴交健脾益气，以助固摄之功。

操作方法：进针得气后用提插捻转补法。关元穴刺入宜较深，针尖稍偏向下方，使针感放射至前阴部，可提高疗效。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

（3）湿热下注证：多有梦遗精，偶或无梦而滑精，时或烦热，阴部潮湿或痒，尿色黄赤，尿时不爽或灼热，舌苔厚腻或黄，脉滑或数。

治则：清热利湿益肾。

处方：膀胱俞（－） 次髎（－） 中极（－） 阴陵泉（－）（双）

酌情选配足三里、行间。

穴方简释：本证多由肝脾湿热下注而成，故取膀胱俞，次髎以清利下焦湿热；泻阴陵泉，以利尿去湿，配三里以扶脾胃，取行间以疏泄肝胆。中极泻之，以清下焦湿热。

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法，留针30分钟。

疗程：间日1次，5次为一疗程。

2.早泄：

（1）肾气虚损证：早泄，腰脊酸痛，膝软无力。若兼肾阳虚者，则畏寒、肢冷、短气，面色㿠白，或小便频数，便溏，舌胖润，脉沉；若兼肾阴虚者，则可见五心烦热、盗汗、口干、头晕、耳鸣、便干，舌红、少苔，脉象细数无力。

治则：温阳补肾，养阴填精。

处方：肾俞（＋） 精宫（＋） 三阴交（＋）（双） 气海（＋） 关元（＋）

酌情选配肾阳虚者，加命门；肾阴虚者，加太溪。

穴方简释：本方用气海、关元，以填补下焦元阴元阳；用肾俞，精宫，以补肾固精；三阴交以培补三阴。其阳虚者，加命门，以补真火；偏阴虚者，加太溪以养肾阴。

操作方法：进针得气后用提插补法，阳虚者针后加灸，留针15～20分钟。

疗程：间日1次，5次为一疗程。

（2）湿热下注证：（参见“遗精”条）

3.阳萎：

（1）肾阳不足证：阴茎不能勃起，阴冷，腰痛，膝软，耳鸣，畏寒肢冷，形体瘦弱，少气，头晕目眩，面色㿠白，舌淡、苔白，脉沉细。

治则：温补肾阳，填精补血。

处方：肾俞（△） 命门（△） 关元（△） 足三里（＋）

酌情选配 曲骨、三阴交；瘦弱甚者，加肝俞、脾俞。

穴方简释：肾阳不足，不能荣于阴器，故阳萎。灸肾俞、命门、关元，以温补肾阳，充实下焦元气，用足三里资化源而益气血。配曲骨，补其宗筋而治阳萎；三阴交，调补三阴；形瘦者，补肝、脾两俞以养气血。

操作方法：进针得气后行提插补法，也可用烧山火手法，曲骨穴针感要求直达阴茎。肾俞、命门、关元三穴，针后隔姜灸，每穴5～7壮。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

（2）惊恐伤肾证：患者怵惕不宁，多疑善惊，夜眠多梦，精神不振，平时阴茎能勃起。但在行房时，则精神紧张，心悸不宁，以致阳萎不举，不能性交，舌苔、脉象均正

常。

治则：安神定志。

处方：心俞（－）　神门（－）　通里（－）　三阴交（＋）（双）

酌情选配肾俞、太溪。

穴方简释：恐伤肾，肾伤则阳萎不举，故古人有“恐则阳痿”之说。本方取心俞、通里，以安心；取神门，以宁神志、镇惊恐；取肾俞、太溪、三阴交等，以补肾治本。并对病人作疏导与安慰。

操作方法：进针得气后用泻法，留针5～10分钟。

疗程：间日1次，5次一疗程。

4.不射精：

(1) 阴虚火旺证：行房时无射精过程，或仅有少量粘液流出，阳强易举，阴茎胀痛，梦遗，心烦，口干，舌红，脉细数。

治则：滋阴泻火。

处方：涌泉　劳宫　急脉　太冲

酌情选配三阴交、太溪。

穴方简释：阴虚火旺，总属君相之火过旺，故取涌泉、劳宫以清泻之；肝脉环阴器，故取太冲、急脉二穴，以疏泄肝气，既可治阳强，又可通精道；再加三阴交、太溪以养肾阴，而使其恢复正常性生活。

操作方法：进针得气后，涌泉、劳宫、太冲、急脉，用捻转泻法；用平补平泻法；三阴交、太溪，宜用提插补法，留针10～15分钟。

疗程：隔日1次，5次为一疗程。

(2) 瘀血阻滞证：性交时不射精，阴茎胀痛，心烦易怒，舌紫或有瘀斑，舌薄苔。

治则：活血化瘀通精。

处方：曲骨（－）　急脉（－）　曲泉（－）　三阴交（＋）（双）

酌情选配膈俞、太冲。

穴方简释：本证由气滞血凝，瘀阻精道，故行房无精液排出，泻曲骨、急脉，以通调精道；取膈俞、三阴交，以化瘀阻；取曲泉、太冲，以疏肝气而振阴道，令其调达，而复生理之常。

操作方法：曲骨急脉两穴，针刺时针尖稍向下，使针感放射至前阴部，其余穴行提插捻转泻法，缓缓捻远，留针15分钟。

疗程：每日或隔日1次，5次为一疗程。

5.无精子：

阴精不足证：精液稀薄量少，无精子，或精子量少活动力差，身体素弱或消瘦，面色不华，短气乏力，腰酸脚软，舌淡脉细弱。

治则：温补元阳，益气生精。

处方：肾俞（＋）　志室（＋）　太溪（＋）（双）　气海（△）　关元（△）

酌情选配足三里、三阴交。

穴方简释：本证由肾气不足，不能化精，故取肾俞、志室、太溪，以补肾气；取气

海、关元，以补下焦元气。因精不足则气未充，而补气则可以化精。配穴足三里、三阴交，意在调理脾胃、培补后天之本，有助于肾气之充盛。

操作方法：进针得气后用提插或捻转补法，留针15～30分钟。气海、关元针后加灸。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.电针：分两组取穴，①八髎、然谷，②关元、三阴交。交替使用，用低频脉冲电，通电3～5分钟，隔日1次。

2.耳针：取肾、睾丸、内分泌、皮质下、神门，用中刺激，留针10～20分钟，每天或隔天1次，10次为一疗程。

3.水针：取关元、中极，每穴用维生素$B_1$50毫克，或胎盘组织液0.5～1毫升。

操作方法：按水针操作常规，每2～3天注射一次，5次为一疗程。

文献选录

“梦失精，小便浊难，灸肾俞百壮。梦滑泄，灸中封五十。男子梦精泄，灸三阴交五十。膏肓治梦失精，至阴、曲泉，中极治失精。”（《资生经》）

“遗精白浊：心俞、肾俞、关元、命门、白珠俞、三阴交。”（《针灸大成》）

“阳不起：灸命门　肾俞　气海　然谷。”（《类经图翼·针灸要览》）

“阳萎：命门　肾俞　气海　然谷　阳谷均灸。”（《神灸经论》）

经验选要

黄海声等，用针刺治疗遗精症42例，年龄均在20～35岁之间，治法：主穴八髎。一律用重泻法，深刺，频频上下捣动，急提慢按半分钟。配穴：肾虚不藏者，配关元、中极、命门、肾俞等用补法。肾亏肝郁者，配期门、三阴交；脾肾两虚者，配足三里、中脘、三阴交，均用补法。心肾不安者，配神门、内关。治疗结果：42例中，1例中断治疗，5例主要症状消失，因体弱改服中药，其余36例，一切症状消失，均获治愈。（1965年）

刘世安等，用针灸治疗阳萎9例，本组病例，均无器质性病变，全系功能紊乱所致。治法取穴：主穴，关元、中极、三阴交、曲骨、大赫；配穴，膈俞、命门。每次选主穴2个，配穴1个，交替针刺。操作方法：用轻刺激法，留针15～30分钟，每5分钟捻转一次。在治疗过程中，发现针刺曲骨穴，有2例即时勃起，故作为主穴。治疗结果：9例中痊愈者6例。（1959年）

许文波，针刺治疗男性不育症11例，均因精子数目减少，活动力较低，精液液化时间延长等所致的患者，治法是根据中医“肾为先天之本”、“脾为后天之本”等理论为指导，取穴为照海、太溪、地机、阴陵泉、足三里、气海、关元、肾俞、志室等穴，分为两组，轮流使用，隔日1次，20次为一疗程。用提插法和捻转手法，留针15～20分钟，气海、关元针感要到达前阴部。治疗结果：除3例无精子患者外，余8例精子较提

高，活动加强并缩短液化时间，为受孕创造条件，其中4例，女方已受孕，正常分娩。

张钦等，用针灸治疗82例功能性不射精症，患者年龄25～39岁，经检查确诊为功能性不射精症且治疗无效者。治疗方法，取穴：主穴，曲骨（针）、阴廉（针）、大致（灸）；配穴，伴有阳萎者加次髎，身体衰弱者加足三里，失眠加百会、内关。手法：曲骨穴针的深度以出现电击感到尿通根部放射为止。阴廉穴，刺到局部出现酸胀重感为度。对针感强的用平补平泻法，或轻快的捻转法，运针约1分钟，留针5分钟。针感弱的用"飞"或慢搓手法，运针2分钟，留针10分钟，大致穴用艾条灸。每间2～3天针1次，10次为1疗程。一般治疗1～2疗程就可以痊愈。治疗结果：能正常射精者70例，无效者12例。

评述

针灸治疗遗精、阳萎、不射精等症，属于功能性者有较好疗效。因器质性病变所导致者，应治疗原发病。对精子少、活动力差的患者，治疗效果较好；如完全无精子者，大多无效。

在治疗期间，应严禁行房，注意摄生，即使恢复后，也要节制性欲，注意保养，否则易于复发。

平时注意饮食营养，加强体格锻炼，保持乐观情绪，是治疗本病的有效措施。

邱茂良

五　尿石症

尿石症，是泌尿系统各部位结石病的统称，是泌尿系统的常见疾病之一。尿石症的形成，主要与代谢因素有关，其次是遗传、性别、季节和地理环境等因素。尿石症的典型临床表现，可见腰腹绞痛、血尿，或伴尿频、尿急、尿痛等泌尿系统梗阻和感染的症状。

肾结石，约占尿石症就诊率的27％左右，任何年龄均可发病，但多见于21～50岁，10岁以下和60岁以上者少见。输尿管结石，多数以肾脏原发而来，男性发病较女性多，男女发病比例为4.5:1，输尿管结石好发于下段1/3。膀胱结石有明显地区性，且以儿童为多见，多原发于膀胱，也可来自肾脏或继发于其他局部病变。膀胱结石好发于男性，女性偶见。尿道结石，大多数来自肾或膀胱，少数可原发于尿道，或其他部位的结石移行于尿道内停留长大。尿道结石病占尿石症总数的3％左右，绝大多数的为男性。

中医学早在两千多年前的《内经》中就有关于本病的记载。后世医家对本病的认识逐步加深，渐臻完善。一般急性发病并有尿石排出的称石淋、砂淋，急性发病而无尿石排出的称血淋、热淋，或可纳入腹痛、腰痛的范畴。

病因病机

中医学认为，本病的病因病机主要是下焦湿热，气滞血瘀及肾气虚弱。平素嗜食肥甘酒热之品，脾胃运化失常，致湿热蕴结下焦，煎熬尿液，积久成石。或外感湿热，或其

他脏腑的邪热传入膀胱，也可炼液成石；情志不畅，肝失疏泄，致血失流畅，脉络受阻，或七情化火，气火郁于下焦，均可使膀胱气化不利，水道不畅，尿中杂质渐聚成砂；先天不足，或年老体弱，致肾气虚弱，使饮液停聚下焦，再加膀胱湿热煎熬，则水道涩滞，胞内壅积，聚成砂石。由此可见，尿石症病位在肾和膀胱，涉及肝、脾。病之初起，以湿热为主，属实证；久则虚实夹杂。

临床表现

根据结石所在部位不同，把尿石症分为肾结石、输尿管结石、膀胱结石和尿道结石，它们的典型发作均有血尿、阵发性绞痛及胀痛。

1.肾结石：若结石在肾盂中既不活动又未引起泌尿道感染时，可长期不引起症状。然而活动、感染者为大多数，其典型症状是疼痛和血尿相继出现，且与体力活动有关。其疼痛性质，可以是钝痛、隐痛，也可以是绞痛。绞痛从腰部开始，沿输尿管向下放射至膀胱，呈阵发性，持续时间由数分钟到数小时不等。血尿较轻，肾结石梗阻在一定部位可引起肾积水，此期或可摸到肾脏，并伴有肾区叩击痛。

2.输尿管结石：其症状与肾结石的症状基本相同，以一侧腰痛和镜下血尿为特点。但输尿管结石可引起输尿管的急性完全梗阻，故其疼痛更为剧烈，并向股部、睾丸或阴唇放射，绞痛发作后多伴有肉眼血尿，有的病人可伴有尿频、尿急、尿痛、肛管指检可能触及输尿管下段结石，有的病人伴有同侧肾积水和感染。

3.膀胱结石：其主要症状是排尿困难，血尿和排尿疼痛。结石一旦阻塞于膀胱颈部，可见尿流突然中断和剧烈疼痛，并向会阴及阴茎部放射，改变体位方能缓解疼痛，继续排尿。其血尿特点是终末血尿。膀胱结石大多可引起继发感染而伴有脓尿。

4.尿道结石：尿道结石易引起梗阻而见尿道疼痛，尿线极细，或点滴不下，甚则尿潴留，用力排尿可能将结石排出。

辨证施治

1.下焦湿热证：腰腹疼痛如绞，牵引少腹，连及外阴，小便浑赤，淋沥涩痛，或排尿中断；或尿中带血，夹有砂石；或见寒热口苦，恶心呕吐；或兼大便秘结。苔黄腻、脉弦滑或滑数。

治则：清热利湿，通淋排石。

处方：肾俞（－）　京门（－）　阴陵泉（－）　三阴交（－）　委阳(－)(双)

肾及输尿管上段结石，加天枢；输尿管中、下段及膀胱结石，加水道、中极；血尿，加血海；恶心、呕吐，加内关、中脘；便秘，加支沟、天枢。

穴方简释：本证属砂石有形之邪并湿热之邪，客于膀胱，气化失司，水道不利，故补肾脏俞募穴肾俞、京门，以强肾健腰、化气利水，乃治本之法。亦可泻肾俞、京门，疏通气机、通利水道以止痛，乃治标之法。取脾经的阴陵泉、三阴交，针用泻法，可以健脾利湿，泻三焦经的下合穴委阳以清利下焦湿热；取天枢、水道、中极，针用泻法可调理局部经气，以加强排石通淋之效。血海属止血验穴，取之以治血尿、泻天枢、支沟，能通腑泻热以治大便秘结，取内关、中脘，意在理气降逆，和胃止呕以除呕恶。

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法，留针30分钟，每隔10分钟运针一次，待疼痛缓解后再留针15分钟后出针。

疗程：疼痛发作时每日1～2次，10天为一疗程。

2.气滞血瘀证：腰腹隐痛、钝痛，或溺时小便突然中断；或疼痛剧烈，上连腰腹；或腰痛如掣如绞，下引少腹，频频发作，甚则尿血，脉正常或弦紧，舌有紫气，苔薄。

治则：行气活血，通淋排石。

处方：肾俞（＋） 京门（＋） 气海（－） 曲泉（－） 委中（－）（双）

血尿，加血海。

穴方简释：本证由砂石留滞水道、气机不畅而致，故补肾俞、京门，以鼓舞肾气、排石通淋；少腹属阴为厥阴经所过，故用曲泉以疏调肝气。气海，可调和气血以畅达下焦气机；委中为血郄，是膀胱经合穴，二穴合用可获理气行瘀之功。

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法，留针30分钟，每隔10分钟运针一次。

疗程：每日1～2次，10天为一疗程。

3.肾虚证：分肾阳虚证与肾阴虚证。

(1)肾阳虚证：时有腰腹胀痛，腰腿酸重，精神不振，四肢不温，尿频或小便不利，面色㿠白，舌淡、苔白，脉沉细弱。

治则：温补肾阳，排石通淋。

处方：肾俞（＋） 志室（＋） 三阴交（＋）（双） 命门（＋） 关元（＋）

(2)肾阴虚证：腰腿疼痛，小便淋沥，头昏耳鸣，失眠多梦，时有低热，盗汗，舌红、少苔，脉细数。

治则：滋养肾阴，利水通淋。

处方：肾俞（＋） 膀胱俞（＋） 中极（＋） 太豁（＋）

失眠，加神门；盗汗，加复溜、阴郄。

穴方简释：本证属淋证日久，损及肾脏所致，故补膀胱经的肾俞以强腰益肾；三阴交为足三阴经的交会穴，针之可使脾胃健运，以复其输布津液，生津化血之功能，膀胱俞穴与募穴膀胱俞、中极合用，可加强利水通淋的作用；关元为三焦元气所出，督脉命门与任脉关元合用，以温补肾阳；补少阴经的太溪则能补益肾水，以助利水通淋；神门能调理心经经气，补之可宁心安神以疗失眠；阴郄、复溜为治盗汗之效穴。

操作方法：进针得气后用提插捻转补法，留针30分钟，肾阳虚，肾俞、命门、太溪针后用艾炷灸5～7壮。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.电针：取肾俞或膀胱俞（阴极）、关元或水道（阳极），每用患侧上下两个穴位，得气后可调波，强度由弱转强，以患者能耐受为度，持续30分钟，每日1次，若是绞痛发作以痛止为度。

2.耳针：取肾、输尿管、膀胱、三焦、肾上腺、交感，每次选患侧耳穴2～4个，

针用泻法，留针30分钟或长时间留针，每日1～2次。

3.水针：取肾俞、关元、阴陵泉、足三里、三阴交、交信、腹结，每次选取患侧穴位2～4个，按照穴位局部肌肉丰满情况，每次注射10%葡萄糖注射液2～8毫升。

4.总攻疗法：是将中药、西药、针灸、体育活动等多种方法的联合起来应用，已较普遍。但有严重的心血管疾病、肾功能障碍程度严重以及体质虚弱者，不宜采用总攻疗法。总攻过程中，若有水、电解质平衡紊乱，需及时纠正。

治疗方案

时间	处理
8:00	饮水500毫升，口服双氢克尿塞75毫克
8:30	服中药1剂（辨证处方）
	饮水500 毫升
9:10	饮水500毫升
	穴位注射或肌注阿托品1毫克　速尿20毫克
9:30	电针25分钟，穴位参考电针法
10:00	起床活动，跳跃。

文献选录

石淋……灸关元三十壮，又灸气门三十壮。石淋，小便不得，灸水泉三十壮，足大敦是也。（《千金要方》）

长强疗五淋，曲骨疗五淋，小便黄……中极治五淋，小便赤涩。（《针灸资生经》）

小便淋沥：阴谷、关元、气海、三阴交、阴陵泉。（《针灸大成》）

经验选要

邱茂良等报导，针灸治疗54例泌尿系结石。处方：肾与输尿管上段结石用肾俞、三焦俞、京门、天枢、气海；输尿管中下段和膀胱结石取肾俞、次髎、膀胱俞、中极、水道。湿热型，加阴陵泉、三阴交、委阳，用泻法；阴虚型，加太溪，用补法；肾阳不振，加命门、关元，用补法。腹与背部穴位均用结石同侧穴位，下肢取双侧穴位。每日针1次，每次3～5穴，腹与背部穴位交替使用。疗效：54例尿石症病人计有结石61枚，排出31枚，有效12枚，无效18枚。　　（邱茂良等　江西中医　(3):41，1983年）

贺普仁等报导，针灸治疗砂石淋26例。处方：取双侧穴位：中封、蠡沟、天枢、水道、三阴交、水泉等，同时辨证配穴1～2对，均施以先补后泻手法。结果：经针刺1～60次排石者21例，无效5例。　　（贺普仁等　北京中医杂志　(4):23　1983年）

武汉市第四医院报道，穴位注射治疗尿石症805例。取穴：主穴，肾俞、关元、阴陵泉；配穴，足三里、三阴交、交信、腹结。按照穴位局部肌肉丰满情况，每次注射10%葡萄糖2～8毫升，每日或隔日治疗1次，30次为一疗程，805例中有494例（61.37%）治愈，总有效率为72.92%。　（朱忠之整理　中国针灸　(5):1　1983年）

评述

针刺疗法作为尿石症治疗的非手术疗法，疗效可达50.8～80%，因它能减少病人的手术痛苦，故为广大病员所接受。但是从各地的临床报道来看：出现下例情况之一则疗效不理解：结石横径超过1 cm，结石形状不规则，或与输尿管发生粘连，或输尿管畸形、狭窄，或肾盂积水量大，肾功能损害严重者。临床医生对尿石症病人需注意鉴别，区别对待，若采取针刺疗法治疗达2～3个疗程，结石没有移动者，需配合其他疗法，如口服中药、叩打疗法、总攻疗法等等，或转外科手术治疗，以避免进一步损害肾功能。

尿石症病人宜多饮水，保持每日尿量在2000毫升左右，这样既可降低尿内形成结石成分的浓度，减少沉淀机会；促进小结石的排出；又有利于感染的引流。

尿石形成和饮食营养有一定关系，故根据结石的性质调整饮食既有利于预防，又利于治疗。如尿酸结石宜低嘌呤饮食，胱氨酸结石宜低胱氨酸饮食。磷酸盐结石宜肉类食物以酸化尿液；而尿酸、胱氨酸结石，宜食用水果、蔬菜以碱化尿液。

另外，经常叩击肾区有利于肾盏结石移入肾盂。若结石位于肾下盏，宜采用臀高头低的健侧半卧位叩打肾区；若结石位于中肾盏，宜采取健侧卧位进行叩击；若结石位于肾盂内，或输尿管内，应做一些较为剧烈的运动，如跳绳、跑步、登山、打球等以促使结石下移或排出。

仇裕丰

六　小儿遗尿

小儿遗尿，是指3足岁以上的小儿，在睡眠中小便自遗、醒后方觉的一种病症。又称夜尿症。亦名遗溲、遗溺、尿床。3岁以内小儿，由于智力未全，排尿习惯尚未养成，或因白天嬉戏过度，精神激动，夜间偶有尿床者，则不属病态。若4岁以后，尚不能自己排尿，且不夜如是，形成惯例，则应视为遗尿。

早在《内经》中就有“膀胱不约为遗溺”的论述，《诸病源候说》也说：“遗尿者，此由膀胱虚冷，不能约于水故也。”

病因病机

遗尿的病因病理，主要与肾和膀胱有直接关系。具体可分肾阳不足，下元虚寒；或病后体质虚弱，脾肺气虚；或肝经郁热及不良习惯所致。因肾主闭藏，开窍于二阴，职司二便，与膀胱互为表里。膀胱主尿液的贮藏，通过肾的气化作用，使小便正常排出体外。若小儿素体虚弱，下元虚寒，则闭藏失职，不能制约小便而致遗尿。肺主一身之气，有通调水道下输膀胱的功能。脾主运化，主湿而制水。脾肺功能正常，则维持人体水液的正常输布和排泄。如因病后致脾肺虚损，气虚下陷，水湿下行，渗入膀胱，则水道无以制约而致遗尿。若因肝经郁热者，由于湿热内蕴侵犯肝经，或肝失疏泄，郁而化火，影响膀胱不藏，也可出现遗尿。另外，由于对小儿没有从小养成按时排尿的习惯，晚间任其自遗，日久则形成遗尿的不良习惯。因遗尿的病因病理，主要与肾及膀胱有关，故

治疗原则以培元补肾为主。

现代医学认为，遗尿患儿或为先天大脑发育不全，或后天各因素所致的大脑功能紊乱，或由于脊髓的反射弧消失了，或为泌尿系及周围组织慢性病灶的刺激，都可产生遗尿，包括器质性与功能性病变。临床上遗尿病儿还常多见于兴奋，过于敏感或睡眠过熟，这都可能与大脑皮质的调节功能有关。

临床表现

遗尿的特点是没有自主控制的排尿，膀胱一次排空，不同于滴沥，常发生在上半夜熟睡中。轻者数夜1次，重者每夜1～2次或更多。遗尿小孩，有的表现敏感、精神紧张、日间尿频，有的日夜顽皮、夜间不易喊醒。

对小儿遗尿的检查主要是以临床表现与体征为主要依据，加之在辨证分型的基础上确定诊断，从而进行治疗。

小儿遗尿应与3岁以内小儿，由于智力未全，排尿习惯尚未养成，或因精神激动，引起小便暂时自遗，不属病态者相鉴别。

遗尿又应与尿来相鉴别，《古今医统》："小儿遗尿者，由于膀胱有冷，不能约于水，故遗尿也。又有尿来者，亦由膀胱冷，夜属阴，小便不禁，胞里自出，谓之尿来也。"由于尿来与遗尿的主要病机，均属于肝经湿热与膀胱冷，故其证治二者相同。

辨证施治

1.肾阳虚弱证：夜尿频多清长，每晚必遗。患儿发育迟缓，面色㿠白，手足发凉，遇冷则加剧，腰腿酸软，唇舌淡白，脉沉迟无力。

治则：温补肾阳，佐以固摄。

处方：肾俞（＋）　阳陵泉（＋）　三阴交（＋）（双）　关元（＋）　气海（＋）　中极（＋）

穴方简释：关元是足三阴及任脉的交会穴，为人身元气之根，又是三焦之气所出的穴位，肾元充固，膀胱气化得力，则约束有权，故为治遗尿的重要俞穴；本病与足三阴经关系最密，取用三阴交增充三阴经经气，亦有止遗之功；肾俞补肾培元，气海调扶元气，与以上诸穴均为治肾元虚冷而致遗尿的要穴；中极是膀胱经的募穴，能摄下固脬；阳陵泉为筋之会穴，能约束诸筋，凡遗尿由于膀胱气化不力，筋脉松弛的，取中极、阳陵泉有较好的疗效。

操作方法：进针得气后用提插捻转补法。关元、肾俞、气海、中极、三阴交，留针10～15分钟。任脉穴针后可加灸。

2.脾肺气虚证：尿频而量不多，睡中遗尿，神疲乏力，消瘦面白，食少便溏，气短声怯，动则汗出，舌淡无华，脉象细弱。

治则：健脾益肺，佐以固摄。

处方：肺俞（＋）　脾俞（＋）　足三里（＋）　肾俞（＋）　关元（＋）　气海（＋）

穴方简释：肺俞补肺，脾俞健脾，足三里益胃以健脾，培土以生金。肾俞补肾气，关元补元气，气海补真气，共奏益肺健脾补气固摄水道之效。

操作方法：进针得气后用提插捻转补。关元、气海，留针10～15分钟，任脉穴针后加灸。

3.肝经郁热证：睡中遗尿，小便黄臊，性情急躁，手足心灼热，面赤唇红，夜间龂齿，惊惕不安，舌苔薄黄，脉象滑数。若病久不愈，肝热伤阴，舌红、无苔，脉象细数，则属阴虚火旺。

治则：泻肝清热。

处方：三阴交（－）　阴陵泉（－）　血海（－）　行间（－）　中都（－）（双）　中极（－）

穴方简释：中极清泄下焦蕴热，三阴交清利足三阴之郁火；阴陵泉、血海，利尿清血分之热，以除湿热之邪；行间、中都，疏肝郁而泄火。肝热清，郁热解而遗尿自止。

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法。若病久不愈，肝热伤阴，阴虚火旺者，针内关、太溪、然谷，调养心肾而清虚热。

其他疗法

1.灸法：如单用针刺疗法效果不明显时，可配用灸法，或针灸并用。常用穴为关元或中极。

2.耳针：取膀胱、交感及脑点。

3.手针：取夜尿点（此穴在掌面小指第2指关节横纹中点处），主治夜尿、尿频。需留针15分钟。

4.皮肤针：取肾俞、关元、气海、曲骨、三阴交、夹脊（11～21椎）为主穴，中极、膀胱俞、太溪、八髎为备用穴。

5.推拿：每日下午揉丹田200次，摩腹20分钟，揉龟尾30次。较大的儿童，可用擦法或捏法，横擦或横捏肾俞、八髎，以热为度。

文献摘录

“小便自出而不禁者，谓之遗尿。睡中自出者，谓之尿床。”（《幼幼集成》）

“遗尿不禁者，为冷。肾主水，膀胱为津液之府，肾与膀胱俱虚，而冷气乘之，故不能拘制其水，出而不禁，谓之遗尿；睡中自出者，名尿床。此皆肾与膀胱俱虚，而挟冷所致也。亦有热客于肾部，干于足厥阴之经，廷孔郁结极甚，而气血不能宣通，则痿痹而神无所用，故液渗入膀胱，而旋溺遗失，不能收禁也。”（《幼科释谜·大小二便》，引刘完素之语）

“遗溺：气海、关元、阴陵泉、大敦、行间。”（《类经图翼》）

经验选辑

针刺治小儿遗尿8例。年龄最小者6岁，最大者21岁。治法：主穴为关元、中极、三阴交；配穴为合谷、曲骨、膀胱俞、大椎。每次选3～5穴。操作：本病属于虚寒，故采用补法，捻转进针，务使患者产生酸、麻、胀等针感。一般针任脉穴（中极、关元等）针感要放散至会阴部，效果更好，否则疗效不大。起针后宜用艾绒灸3～5壮。每

日治疗1次，6次为一疗程。当针灸满1个疗程未愈时，可考虑进行第2疗程。于针前应嘱患者排尿，针刺不宜太深，以防刺入膀胱。疗效：本组病例经用上法治疗后，全部有效，其中痊愈者有6例，好转者有2例。治疗次数，平均4次。（见《中医杂志》，1959年，7:43，常尔明等）

樊××，男，15岁。初诊：自幼即患夜尿，每晚尿床，卧寐梦扰不安，日间尿少，夜则尿多，每至尿出，乃致惊醒。苔薄，脉细滑。稚子质薄，先天禀赋不足，心肾亏，膀胱气化失职。治当益肾调气固脬。处方：百会、合谷$_2$（以上泻法）、三阴交$_2$、关元（以上补法）；用捻旋补泻法。2诊（第3天即间隔1天）：针刺后，两夜未见遗尿，夜寐且安。苔薄，脉细滑，水火既济，三焦气化司职有常，脬气得固，此为佳兆。前方既合，毋庸更张，守法再进。处方同上。经每间隔1天续用原方针治，共计5次，疗效巩固。初病孩晚餐无论吃饭进粥，每晚必尿床。治后虽夜进汤水，亦不遗尿。见（《针灸治验录》 杨永璇、杨依方著述，张怀霖整理）

患者白×，男，住巩县南河渡，患遗尿历十余年，曾经多次治疗，愈而反复。1970年求余治疗，经查诊谓脾肾阳虚，元神昏昧，随以揿针埋三阴交、神门。五日内无遗尿，至后渐复发，后改针刺通里、大钟2次，每日1次，继3次又隔日1次，共7次而愈。

《百症赋》云："倦言嗜卧，往通里、大钟而明"。考大钟为足少阴经之络穴，别走足太阳膀胱经。通里为手少阴心经之络穴，别走手太阳，二穴相配可起到交通心肾、约束膀胱之效。神门、三阴交虽亦谓治疗嗜睡难醒之遗尿症，但除揿针刺之较浅，非为求因寻本外，又乃孤军作战，故难获全胜。

评述

小儿遗尿症，原因复杂，临床上顽固病例甚多，但其主要原因是肾失闭藏，膀胱失约所致。所以，无论是肾阳虚弱，或脾肺气虚，或肝经郁热，均可导致膀胱失约而致遗尿。另外，还与家长的护理，有直接关系。俗称"疼煞哮喘，恨煞夜尿"。因夜尿儿童，凡智力未充者，每懵懂不堪，浑浑噩噩；智力已充者，则隐讳不敢告人，渐致性情乖僻，因而蠢然而颟顸，或神萎体弱黄瘦，皆不被家长所喜爱。且尿床后被褥尽湿，颇添麻烦，家长恨之不已，遑论护理。针刺治疗夜尿症，疗效颇高，从临床观察看，显效率往往可达95%以上。护理上主要能取得家长之合作，日间勿使疲劳过度，兴奋过极，入暮控制饮水，夜间及时催醒排尿，无有不愈者。如顽固不愈，愈后复发，多与家长合作不够有关。故在初诊时，必须将护理方法与家长交代清楚。

王秋阳

第九章　外科疾病

外科病范围很广，一般可分为体表和内脏两部分，凡是体表有局部症状可见的为痈、疽、疔、发、流痰、丹毒、瘰疬、乳病、瘿瘤、岩及五官、肛门、皮肤以及虫兽咬伤、水火烫伤等病，均可归属外科证治范围；另一类是脏腑的痈肿疾病，如肝痈、肠痈、胃痈等，在疾病某一阶段也可归属于外科证治范围。针灸是一种治于外而调于内的治法，实践证明，有些外科病针灸治疗也能取得较好疗效，因此有必要将外科病辨证施治的要点阐述如下。

外科病的辨证，首先要辨明阴证阳证。凡是发病急、病位浅、皮色焮红、温度高、肿胀隆起而局限、根脚收束、肿块软硬适中、疼痛剧烈、溃疡脓液稠厚者，多属阳证；凡是发病慢、病位深、皮质紫暗或不变、肿胀平坦、肿势不局限、根脚散漫、肿块坚硬如石或柔软如棉而不痛、隐痛、酸痛或抽痛、溃后脓液稀薄或纯为血水者、多属阴证。但是局部症状也往往阴阳错杂，例如脱疽属阴证而出现阳证的剧痛，流注是阳证，初起皮色不变，不能因此而断为阴证。

1.阳证实证证治要点：阳证，实证居多。常见的热毒入腑证，法当攻里通下；热毒蕴结肌表证，法当泄热解毒；痰热凝聚证，法当软坚散结；寒痰凝滞证，法当温经通络，散寒化痰；气滞血瘀证，法当理气活血，和营通络。

2.阴证虚证证治要点：阴证，虚证居多。常见于疮疡中后期，急腹症恢复期；因气血不足或阴虚阳微的皮肤病，法当补益气血。在乳房病或皮肤病中，凡兼冲任不调者，法当调补冲任。疮疡溃后，急腹症恢复期或术后调理，均可采用调理脾胃的治法。

黄羡明

第一节　骨、关节疾病

一　骨关节炎

骨关节炎，又称肥大性关节炎、增殖性关节炎、退行性关节炎，多表现为负重关节的酸痛和活动受阻。祖国医学将其归于痹证的范畴，其中主要见于着痹和痛痹。

病因病机

风寒湿三气杂合入侵，经络气血阻滞，闭阻不通而为“痹”。骨关节炎现代医学认

为主要与患者年龄增大，内分泌紊乱有关，也可由外伤，姿势不正造成，遗传因素对本病形成也有一定关系。

临床表现

多发生于40岁以上成人，损害部位多为负重及着力关节，其中以腰椎、腰骶、髋、膝等关节为多。起病一般缓慢，逐渐出现关节酸痛和活动不便，可偶尔听到骨擦音，往往在劳累后、气候变化、遭遇寒冷及潮湿时加剧。通常无发热，关节周围无肿胀、强硬、畸形及肌肉萎缩，血象及血沉检查均正常，X线检查可显示关节增生。

辨证施治

着痹，证见疼痛部位固定不移，肢体有重滞麻木的感觉，有时微肿。痛痹，证见局部疼痛剧烈，怕冷，遇冷更甚，得温则减。

治则：祛风散寒除湿，通经调和气血。

处方：

①腰椎关节：肾俞（+） 气海俞（+） 大肠俞（-） 关元俞（+） 委中（±） 昆仑（-）

②腰骶关节：关元俞（+） 小肠俞（-） 膀胱俞（-） 腰阳关（+） 委中（-） 昆仑（-）

③髋关节：环跳（-） 居髎（±） 阳陵泉（-） 绝骨（+）

④膝关节：膝眼（-） 足三里（+） 阳陵泉（-） 血海（-）

穴方简释：根据病患部循行的经脉，采取局部与远道相结合的原则选穴。目的是通其经络，调其气血，祛其昏湿。

操作方法：进针得气后，用提插捻转补泻法；留针30分钟。可配合灸法或温针，疗效更佳。

疗程：一般隔日针刺1次，病情严重者可每日针刺，10次为一疗程。

其他疗法

1.水针：取压痛点，参考针刺疗法的穴位选配穴。每个关节每次选2～3个压痛点或穴位，用当归注射液，或0.5%普鲁卡因，或5～10%葡萄糖，每穴注射1～2毫升。隔天注射1次，10次为一疗程。

2.耳针：一般应用于以疼痛为主的骨关节炎。取相应关节压痛点、交感、神门，视病情轻重可每天或隔天针刺1次，10次为一疗程。也可穴位埋籽。

3.刺络拔罐：选择病变关节附近的压痛点或穴位3～5个，用皮肤针叩击至皮肤红晕，再加拔罐10分钟。隔天治疗，5次为一疗程。

文献摘要

①股膝内痛，委中，三里，三阴交。（《神应经》）

②股痛还须刺阴包，大肠肾俞三阴交，阴谷阴陵莫轻视，水泉大都岂能绕。（《针灸

十四经穴治疗诀》）

③髀痹引膝股外廉痛，不仁，筋急，阳陵泉主之。（《针灸甲乙经》）

④劳冷气逆，腰髋冷痹，脚屈伸难，灸阳跷一百壮，在外踝下容爪。（《备急千金要方》）

经验选要

针灸治疗增生性颈腰椎综合征240例，根据疼痛部位及临床表现选用穴位，其中对增生性腰椎综合征取脊椎两旁（棘突旁开2指）和棘上的压痛点，膀胱经的上、次、中、下髎，秩边，昆仑，申脉，胆经的环跳，侠溪，治疗后总体疗效优良者占87.5%，其中疼痛显著缓解者占37.5%，无效者占12.5%，大部分病人在治疗第一天疼痛消失或基本好转。（《针灸临床经验辑要》）

万达敏

二　四肢软组织扭伤

四肢软组织扭伤主要是指肩、肘、腕、髋、膝、踝关节软组织损伤，包括肌肉、肌腱、韧带、筋膜、脂肪垫、软骨和血管的损伤，但无骨折、脱臼和皮肉破损，所以又称伤筋。

病因病机

多由剧烈运动，或负重不当、跌仆、闪挫、牵拉或扭转过度等原因，引起气血壅滞、经脉闭阻而成关节及筋脉损伤。例如踝部软组织损伤，可因踝关节向内或向外翻转过度而致韧带扭伤或断裂造成。

临床表现

临床有新伤和陈伤的区别。新伤者，扭伤部位肿胀、疼痛，肌肤可见青紫，伴有相应关节功能不利，一般能找到压痛点。伤势越重，红肿高大、关节屈伸不利越明显。陈伤者，关节疼痛、活动受阻，一般肿胀不明显，但常因风寒湿邪侵袭而反复发作。

辨证施治

治则：舒筋活络，消肿止痛。

处方：压痛点（－）

肩关节，配肩髃（－）、肩髎（－）、肩内陵（－）；肘关节，配曲池（－）、小海（－）、少海（－）；腕关节，配阳池（－）、阳溪（－）、外关（－）；髋关节，配居髎（－）、环跳（－）、承扶（－）；膝关节，配膝眼（－）、血海（－）、阳陵泉（－）；踝关节，配解溪（－）、昆仑（－）、丘墟（－）。

穴方简释：本病以近部取患侧穴为原则，以达到行气理血消肿为目的，所以选择阿是穴为主穴，配穴可根据不同病位病情决定。也可配远道穴。

操作方法：进针得气加后用提插捻转补泻法，留针30分钟。可用温针或针后灸。新

伤肿胀明显者，可取用病变部位相对应的一侧针刺。针时令病人将患病关节活动，促使疼痛减轻或消失。

疗程：陈伤隔日针，5次为一疗程。新伤可每天治疗至诸症消失。

其他疗法

1.拔罐：取压痛点，用七星针轻叩压痛点至微微出血，加拔火罐。对新伤陈伤均适用。

2.耳针：取相应病位的敏感点、神门、皮质下、肾上腺，陈伤可用王不留行籽埋穴。新伤针刺中强刺激，留针20～30分钟，每天或隔天治疗一次。

3.艾灸：取关节患处，用艾条温和灸，局部熏灸10～15分钟，每天治疗，5次为一疗程。仅用于陈伤。

文献选录

①肩髎，风门，中渚，大杼治肩背红肿疼痛。（《针灸大成》）

②冲阳，曲池治肘中痛；手三里治手臂肘弯不伸，天宗治肩肘痛，窍阴，手三里治手臂肘弯不伸。（《针灸资生经》）

经验选要

针刺治疗扭伤300例。扭伤部位包括颈、肩、肘、腰、膝、踝关节，其中踝关节扭伤最多，占33.7%。以扭伤后5天之内就诊者为最多，占38.7%。针刺以局部取穴为主，结合循经远部取穴，或拔罐。结果痊愈243例，占81%，有效40例，占13.3%，无效17例，占5.7%。病程愈短，疗效愈好，痊愈243例中，经针治1～5次者有224例，占92.2%。（《针灸临床经验辑要》）

张丽丽，用针刺“相应点”治疗急性四肢关节软组织扭伤50例，选取与扭伤部位同侧的肢体，疼痛在上肢取下肢，疼痛在下肢取上肢，若疼痛面积较大选最疼痛的部位，然后再找出相应点。以28～30号一寸毫针呈15°角向心或横刺入皮下0.8厘米，轻轻捻转10～15秒，病人一般无感觉或稍有针感，留针20分钟，留针期间嘱病人活动患处，每日1次，3次为一疗程，结果治愈38例，有效7例，无效5例，针1～3次伤痛即消失者有36例。（《上海针灸杂志》(1)：20　1986年）

评述

针灸治疗急性扭伤有较好疗效，进针后频频捻转，并令患者配合相应运动，对止痛和恢复正常体位有显著疗效。但属韧带断裂者应由外科处理。慢性扭伤可参考痹证选用针法，灸法或针灸结合。

万达敏

三　腰痛

腰部是指十二肋以下，髋关节以上的躯干后部，这个部位的疼痛称腰痛。腰部支持

着人体的上半部，它在身体各部运动时起着枢纽作用，是日常生活和劳动中活动最多的部位之一，因此也是最易受伤之处。临床上内、外、妇、神经科等各科疾病，均可出现腰痛的症状。

腰痛有急、慢性之分。急性扭挫时，可损伤腰部筋膜筋肉，也可使腰椎间盘突出，而发生疼痛，影响腰部活动。慢性劳损，多由于长时间的体位不正或负重过度，腰部筋肉劳累，紧张过度等原因造成积劳伤筋。急性扭伤和慢性劳损，二者可互相转化，慢性腰肌劳损可在稍受外力的情况下急性发作；急性扭挫伤也可因治疗不当或不及时而变为慢性劳损。

急性腰扭伤：可因强力负重，引起腰部肌肉强烈收缩，使筋膜、肌肉、韧带等发生损伤；或因劳动中姿势不当，而使腰肌、小关节、韧带之间在用力时平衡失调，而使部分肌肉韧带因超负荷而造成损伤。急性腰扭伤也可发生在咳嗽、喷嚏、哈欠伸腰时，称闪腰，这是因为动作不协调而使腰部肌肉、韧带骤然收缩，造成某些组织损伤。

本症中医属伤筋范畴。

病因病机

中医认为，腰部急性扭挫，使经过腰部的督脉和足太阳经经气阻滞，气血失和，而致“不通则痛”。故气滞血瘀是本症的主要病机。诚如《金匮翼》所云：“瘀血腰痛者，闪挫及强力举重得之。盖腰者，一身之要，屈伸俯仰，无不由之。若一有损伤，则血脉凝涩，经络壅滞，令人卒痛不能转侧。”

临床表现

患者自觉损伤时有响声或有突然断裂感，并立即出现剧痛，甚则卧床不能翻身，活动、咳嗽、喷嚏、深呼吸均可使疼痛加重，休息后疼痛不能缓解，次日症情加重，止痛药物也难缓解疼痛。患者腰部强直，常以两手撑腰，步履艰难，坐立活动艰涩，甚则腰部活动受限。腰部疼痛范围广泛，但有明显压痛点，如属肌肉和筋膜损伤，压痛点多位于骶棘肌、腰椎横突、髂嵴后部等处；如棘间韧带损伤，则压痛点在中线棘突上。

辨证施治

主证：起病急骤，疼痛剧烈，痛有定处，痛而拒按，腰部活动受掣，舌紫暗、苔薄，脉弦紧有力。

治则：通调督脉及膀胱经经气，行气化瘀。

处方：人中(－)　后溪(－)　委中(－)(双)　腰腿点(－)　腰部阿是穴(－)

穴方简释：人中，系督脉经穴，督脉行于脊里；后溪，为手太阳经穴，通于督脉。泻此二穴，能疏通督脉、太阳经经气，以行气化瘀利腰脊，可治腰脊强痛。“腰背委中求”，委中为治腰脊痛的循经远道取穴。腰腿点为治急性腰扭伤的经验有效穴。

操作方法：人中、后溪，或腰腿点，进针得气后，行提插捻转泻法，留针10～15分钟，其间运针1～2次；并令患者缓慢而幅度较大地活动腰部，以解筋急。委中，可用三棱针点刺出血，以祛瘀活血。

疗程：每日1～2次，治愈为度。

2.慢性腰肌劳损：是没有明显外伤史的腰部慢性软组织损伤，是引起慢性腰痛的最常见的原因。长期弯腰劳动，使肌肉长时间收缩而使代谢产物乳酸堆积，刺激肌肉而引起肌痉挛，如局部肌肉长期处于痉挛状态易使组织变性，形成劳损；或因先天畸形，如脊柱陷裂、腰椎骶化、骶椎腰化等，使筋位不合，腰部正常功能受影响；或因体弱缺乏锻炼，而腰部肌肉韧带薄弱；或患退行性病变如腰椎肥大；或感受风寒湿邪，均可引起慢性腰肌劳损。早期病变，为局部组织充血、水肿、渗出等无菌性炎症性改变；后期病变，局部出现增生、纤维性变、瘢痕粘连等组织变性，而出现长期时轻时重、反复发作的腰部疼痛，病程迁延，给患者带来无穷的痛苦。

本症中医属痹症的范畴。

病因病机

中医学认为，腰为肾之府，肾虚必腰痛，故大多数慢性腰痛与肾虚有关；又肾与膀胱相表里，足太阳膀胱经挟脊抵腰，其经气失调，可引起腰脊疼痛；《内经》云："久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋。"故久劳或劳伤久不复元使腰背部经筋受损，气血瘀阻经络而腰痛频作。此外，如寝卧湿地、涉水冒雨、汗出当风，以致风寒湿邪侵袭，痹阻经络，久而不散，气血失和而致腰痛。

临床表现

慢性腰肌劳损主要表现为腰痛反复发作，每在气候变化或劳累后加重，休息后减轻，除急性发作外，一般无肌紧张和功能障碍，X线检查无异常。由于受损组织的不同症状亦有差异。如棘上韧带劳损，疼痛位于脊柱中线，即棘突顶点及左右两侧，无放散痛，偶在弯腰及腰部活动时疼痛加剧。棘上韧带劳损易发生于胸6～胸9、胸12～腰2。如棘间韧带劳损，疼痛在棘突间，弯腰活动受限，好发于腰5～骶1、腰4～腰5间。如腰背筋膜受损，则常见局限性疼痛，少数病人疼痛放散至臀及大腿，但不超过膝部。如臀筋膜劳损则臀上部疼痛，并放散至下肢后外侧，腰部活动受限，尤以前屈活动受掣为甚，髂嵴下2～3厘米处压痛明显，并可在髂后上棘下方触到条索状硬结节，直腿抬高有不同程度的限制，但局部注射普鲁卡因后即可抬高，此可帮助诊断。如髂腰韧带劳损则髂腰韧带处有局限性压痛，腰前屈或侧屈可使疼痛加重。

辨证施治

1.肾虚腰痛：

主证：以腰部酸软为主，喜按喜揉，腿膝无力，遇劳更甚，卧则减轻。偏于阳虚者则少腹拘急，面色㿠白，或有头晕耳鸣，肾精滑泄，甚则精神萎靡，手足不温，舌淡，脉沉细；偏于阴虚者，则心烦失眠，口燥咽干，面色潮红，手足心热，舌红，脉细数。

治则：补肾壮腰。

处方：肾俞（+）　大肠俞（+）　命门（+）　腰眼（+）　志室（+）　太溪（+）

穴方简释：腰为肾之府，取肾俞以益肾气，大肠俞可疏经通络止痛；命门、腰眼，

针灸并用以温肾益精；志室、太溪滋补肾阴。肾精充、腰脊壮，腰背酸软可愈。

操作方法：进针得气后，行提插捻转补泻法；偏阳虚者，针灸并用。

疗程：隔日治疗 1 次，10次为一疗程。

2.寒湿腰痛：

主证：腰部酸痛重着或局部拘急，俯仰转侧不利，或痛连腿臀部，遇气候变化阴雨寒冷则痛势更甚，腰部畏冷，苔白腻，脉沉迟。

治则：温经通络，行气除湿。

处方：肾俞　腰阳关　关元俞　大肠俞　委中

穴方简释：肾俞，针灸并用可祛寒除湿；腰阳关，为局部取穴，以疏通局部经气、行气止痛；关元俞、大肠俞，有祛风散寒、通络止痛之功效，委中，为循经取穴，守“腰背委中求”之意以疏通膀胱经经气。

操作方法：进针得气后，行提插捻转补泻法，也可针灸并用。

疗程：隔日 1 次，10次为一疗程。

3.瘀血腰痛：

主证：腰部刺痛，痛有定处，痛而拒按，轻则俯仰不便，重则不能转侧，舌紫暗或有瘀斑，脉细涩。

治则：活血祛瘀，舒筋通络。

处方：肾俞　大肠俞　腰部阿是穴　委中

穴方简释：肾俞、大肠俞、阿是穴，以疏调腰部经气活血祛瘀；委中，为血之郄穴，用三棱针点刺，可收祛瘀生新之效。

操作方法：进针得气后，行提插捻转补泻法。阿是穴点刺后加拔火罐，吸去瘀血。

疗程：隔日治疗 1 次，10次为一疗程。

其他疗法

1.耳针： 取肾、肾上腺、腰椎、骶椎、神门、皮质下，每次选 2 ～ 3 穴，捻转片刻后留针15～30分钟，隔日治疗 1 次，10次为一疗程；或用埋针、压籽法，3 日更换一次。

2.水针： 取阿是穴或有关体穴，进针得气后，按一针多向透刺原则，分别向几个方向注入 5 ～10%葡萄糖注射液10～20毫升加入维生素$B_1$100毫克的混合液，每穴 5 ～10毫升，每次选 2 ～ 3 穴，3 ～ 4 天注射一次，10次为一疗程。

此外，用威灵仙注射液，选取夹脊穴，每次每侧 1 ～ 2 穴，每穴 2 毫升，隔日治疗一次，10次为一疗程，治肥大性脊柱炎。

3.拔罐： 取肾俞、大肠俞、次髎，每日或隔日 1 次，气血瘀阻者可用刺络拔罐法。

文献选录

腰痛：肩井，环跳，阴市，三里，委中，承山，阳辅，昆仑，腰俞，肾俞。腰脊强痛：腰俞，委中、涌泉，小肠俞，膀胱俞。（《针灸大成》）

肾虚腰痛，举动艰难，取足临泣，肾俞，脊中，委中。（《针灸大全》）

寒湿腰痛，灸腰俞；闪着腰痛及本脏气虚针气海。（《针灸摘英集》）

腰痛、血滞于下，委中（出血）、肾俞、昆仑均灸。（《针灸聚英》）

经验选要

石油工业部管道局职工医院董树华针刺养老穴治疗扭伤性腰痛43例。针法：取养老穴针尖向肘部呈50°角进针，深0.6～1寸，得气后行针1分钟，3～5分钟行针一次留针30分钟，先针患侧，疗效不满意时取双侧。结果：43例中38例针后5～10分钟症状完全消失，活动自如，5例症状明显减轻，仅有轻度不适，活动基本不受限制，针3次而愈。（1981年）　　薛秀玲

四　肩关节周围炎

肩关节周围炎，俗称漏肩风，又称冻结肩或肩凝症。本症是指肩部酸重疼痛及肩关节活动受限、强直的临床综合征。好发于50岁左右的人，故又有五十肩之称。女性发病率高于男性。

病因不明，可能与年老组织变性有关。肱二头肌长头或短头肌腱炎、岗上肌肌腱炎或肩峰下滑囊炎，肩部或上肢其他部位损伤，如肱骨外科颈骨折、肩关节脱位或上肢骨折后固定时间太长，均可引起关节囊的慢性炎症，使关节囊的皱襞相互粘连，并与肱骨头粘着而致肩关节凝结。病程较长，可达数月，严重者达1～2年。

中医将本病纳入痹症或伤筋的范畴。

病因病机

中医认为五旬之人，正气不足，营卫渐虚，筋骨衰颓，腠理不密，卫外不固，或因汗出当风，睡卧露肩，复感寒湿之邪，乘虚内袭。正气为邪所阻，气血凝滞，痹阻经络而引起本病。若经气长期闭阻，累及肩部所辖之筋，呈筋强、筋结、筋痿，则肩部功能严重丧失。

临床表现

本病起病缓慢，肩部疼痛，一般无红肿，疼痛可向颈部或上臂放散，夜间较重，肩关节活动明显障碍，尤以外展、外旋为甚。如肩关节已有粘连，则被动外展时，肩部随之高耸，可能摸到肩胛角随上肢被动外展而向上外转动。病人不能摸背，患手不能放入裤袋内，穿衣、梳头等日常生活中活动困难。在肱二头肌肌腱部、肩峰下、喙突下、肩后小圆肌等处，有明显压痛。若由外伤诱发者，则伤后肩关节外展功能迟迟不恢复，且肩周疼痛持续不愈。本病严重者，可见肩臂部肌肉萎缩，疼痛较重，外展、外旋、内旋等肩部活动严重受限制，病程可长达1～2年。

辨证施治

1.寒邪偏盛：

主证：起病急骤，疼痛较剧，痛有定处，遇寒痛增，得热痛减，关节活动不利，

局部皮色不变，触之不热，苔薄白，脉弦紧。

治则：温经散寒，通络止痛。

处方：肩髃（－）　肩髎（－）　肩贞（－）　肩部阿是穴（±）　大杼（±）　合谷（±）

穴方简释：泻合谷并间接灸或温针灸肩部诸穴，能温通阳经经气而达散寒止痛之目的；大杼为骨会，此穴用平补平泻法以调和筋骨气血，达到正安邪去的目的。

操作方法：针刺得气后用提插捻转补泻法，重用温针或灸法，留针15～30分钟。

疗程：隔日1次，10～15次为一疗程。

2.湿邪偏盛：

主证：肩部酸痛重着，稍见肿胀，痛有定处，两手沉重，肌肤麻木不仁，肩关节活动不便，苔白腻，脉濡缓。

治则：除湿通络，行气止痛。

处方：肩髃（－）　巨骨（－）　曲池（－）　足三里（－）　天宗（－）

穴方简释：取阳明经穴，以疏通阳明经气，使脉络通、湿邪除。临床上常以疼痛部位的不同，选取不同经脉的穴位，疏通经络，达到"通则不痛"的目的。如肩臂前外廉疼痛者，常选肩髃、臂臑、合谷；如肩臂内前廉疼痛者，常选肩内陵、尺泽、列缺；如肩臂外后廉疼痛者，常选肩髃、臑俞、腕骨。

操作方法：针刺得气后用提插捻转补泻法，留针15～30分钟。亦可用温针，以收温化湿邪之功。

疗程：隔日1次，10～15次为一疗程。

其他疗法

1.耳针： 取肩、肩关节、锁骨、神门为主穴，肝、脾、肾为配穴。

每次选2～3穴，针刺泻法，留针30分钟，隔日1次，10次为一疗程。夜间疼痛较甚者，可用皮内针埋针或压王不留行籽，嘱患者睡前或疼痛时按压埋针（籽）穴10～15次，3～4日更换一次。

2.拔罐： 先用七星针叩刺肩髃、肩髎、肩内陵，天宗等穴，叩至微微出血，拔上火罐，3～5分钟后取下。用以活血祛瘀通络。

3.热敷、熏洗： 用毛巾浸热水拧干后敷患肩至皮肤潮红。或用伸筋草、透骨草、香樟木各30克，甘松、山柰各9克，煎水熏洗患肩。以温运气血，通经活络。

4.体疗： 肩关节周围炎患者在治疗的同时，需结合患肢的功能锻炼。常用的有：①爬墙锻炼。病员正面或侧面站立靠近墙壁，在墙壁上画一高度标志，以手指接触墙壁逐步向上移动，作肩外展上举动作，每日2～3次，每次10分钟左右，逐日增加上臂外展度数。②手拉滑轮锻炼。可在屋柱上装一滑轮悬挂绳索，以一端系患肢，健侧抓住另一端向下牵拉，帮助患侧肩关节的锻炼活动，每日2～3次，每次5～10分钟。③徒手锻炼。病员可作患肢的内旋、外展、举臂，体后拉手等动作，反复锻炼，每日早晚各1次，每次10～15分钟。锻炼要适度，循序渐进，不可操之过急，否则有损无益。

文献选录

肩痹痛：肩髃、天井、曲池、阳谷、关冲；肩背疼痛：风门、肩井、中渚、支沟、后溪、腕骨、委中；肩膊烦痛：肩髃、肩井、曲池。（《针灸大成》）

曲池、天髎主肩重痛不举。（《资生经》）

肩痛欲折：养老、天柱。（《千金方》）

肩背痹痛，臂不举，寒热凄索，肩井主之；肩中热，指臂痛，肩髃主之；肩重不举，臂痛，肩髎主之；肩重肘臂痛，不可举，天宗主之；肩痛不可举，引缺盆痛，云门主之。（《针灸甲乙经》）

经验选要

山西省中医研究所师怀堂等针刺治疗肩周炎50例。患者年龄在48～71岁。病程 1 年以内31例，1 年以上19例。局部取肩髎、肩髃、肩贞、臂臑，毫针强刺激，不留针；远道取健侧条口透承山，留针30分钟，并活动患肢；并用火针点刺患侧肩三针及天井、肩外俞、秉风等穴，每周 2 ～ 3 次。年老体虚，病期较长者加刺足三里、上巨虚等穴，或用艾灸。结果：治愈32例，显效12例，好转 6 例，总有效率为100%。（1982年）

广州中医学院陈那苏医生针灸手三里穴为主治疗肩周炎80例。患者年龄在45～50岁，19例，50岁以上共61例。病程最短为 2 个月，最长达 4 年，治疗时间最短 5 天，最长30天。取患侧手三里及肩部阿是穴，得气后接上电针机，选用连续波，留针20分钟，每日 1 次。并用艾条灸，每日 1 ～ 2 次，每次20分钟。结果：治愈72例，好转 8 例。（1982年）

评述

肩关节周围炎，中医辨证多属实证，患者一般五十岁上下罹病，中医又认为气血不足，正气虚衰，风寒湿邪乘虚而入。针灸治疗以泻为主，需视病情，适当扶正。患肢功能活动障碍者，可按“上病下取”法，取阳陵泉或条口，得气后行中、强刺激，并令患者缓慢而幅度尽可能大的活动患肢 5 分钟左右，一般可使患肢疼痛即刻减轻，活动幅度增大。

患肢功能锻炼对加速疾病痊愈很有帮助，应嘱病人坚持不懈，循序渐进地进行。

薛秀玲

五　腕管综合征

腕管综合征，系指因屈指肌腱劳损引起手指麻木、刺痛等症状而言。本病多发于中老年妇女。祖国医学将其列入麻木、痹症范畴。

病因病机

本病的主因是风邪袭肌、寒湿淫筋，或不慎跌挫、血瘀经络，以致气血流通受阻而

致。西医认为由于屈指肌腱发炎、肿胀、增厚，致使腕管相对狭窄，压迫腕管内的正中神经而引起的刺激症。

临床表现

桡侧三个半手指麻木、刺痛，夜间加剧，甚至于睡眠中痛醒，患手劳动后症状加剧，手甩动后手指麻木，刺痛可减轻，手腕部在天冷时患指可发冷、发绀，手指活动不灵活；晚期可出现掌部鱼际肌萎缩，肌力减退和拇、食、中、无名指的桡侧一半感觉减退，甚至消失。

辨证施治

治则：舒筋活血。

处方：大陵（－）　八邪（－）

酌情选配列缺（－）、外关（－）、腕骨（－）。

穴方简释：本病以局部治疗为主，大陵穴深部是腕管，为临床常用穴，上八邪善治手指麻木。内关，外关作近部取穴，深部是正中神经。

操作方法：先刺大陵，针尖向掌斜刺向腕管，进针得气后用捻转泻法，然后再刺八邪，列缺或外关。

疗程：隔天或每天治疗，5次为一疗程。

其他疗法

1. 灸法：取大陵，用附子饼灸或在患处艾条熏灸10～20分钟，每日可治疗2次。

2. 皮肤针：在患侧腕上约2横指处，作环腕叩刺，叩刺宽度1～2厘米，以局部充血为宜。适合于初期治疗。

文献摘要

手臂麻木不仁：天井，曲池，外关，经渠，支沟，阳溪，腕骨，上廉，合谷。（《神应经》）

左手常麻……针手三里安。（《金针秘传》）

拳手五指难伸直，肩髎曲池合谷施，少海小海与神门，腕骨后溪穴当知。（《针灸十四经穴治疗诀》）

评述

针刺治疗腕管综合征临床疗效较好，以针法和灸法结合更为理想，平时可嘱患者避免手腕过度用力。引起手指麻木的原因较多，如颈椎综合征，前斜角肌综合征等，临床上当加以鉴别。

万达敏

六　腱鞘囊肿

腱鞘囊肿是发生在肌腱附近的囊性肿物，俗称筋块。常见于腕背、足背及指、趾附近，也有发生于腘窝部的。囊肿一般为单房性，也有可能是多房性的。囊壁外层是纤维组织，内层被白色光滑的包膜覆盖，囊内贮有胶体状粘液。本病原因不明确，多认为与外伤有关，损伤后腱鞘或关节囊因炎性肿胀，变薄，扩张，滑液积聚而逐渐形成囊肿。本病好发于青壮年，多见于女性。

临床表现

囊肿多逐渐发生，也可突然出现，但生长缓慢。主症为局部小包块，大小不一，表面光滑，边缘清楚，有囊性感或稍硬，与皮肤无粘连，推之能移动，压之稍有酸痛感。患肢可出现轻度酸痛或无力感，关节功能一般不受限或轻度受限。

辨证施治

主证：一般囊肿小，功能运动无影响。不疼痛者，可不作处理。

治则：舒筋活络，活血破瘀。

处方：肿块局部阿是穴

操作方法：选28号粗针从肿块顶点直刺，刺破囊壁，并在肿块四周斜刺4针入囊肿，行捻转泻法，留针10～15分钟，出针时摇大针孔，并加挤压，可见胶状囊液从针孔中挤出。针后于囊肿处加压包扎 3 ～ 5 天。囊肿复发可再刺。

经验选要

甘肃省武都地区人民医院针灸科母永祥用针灸治疗腱鞘囊肿100例。取囊肿周围阿是穴加循经选穴。方法：花生米大小囊肿，针灸后配合局部按摩。核桃样或鸡蛋样大的中、大型囊肿，局部常规消毒后，用空注射器及大号针头在囊肿部刺入，抽吸囊内粘液，吸毕用28号 1 寸毫针 4 枚，从囊肿四周向中央斜刺囊内，同时按囊肿所在部位循经取穴，针用泻法并用电针刺激30分钟，每日 1 次，10次为 1 疗程。结果：痊愈82例，好转18例，总有效率达100％。随访：1 年以上无复发者80例，复发者20例，依前法治疗后又渐缩小以至消散。针灸最少者 5 次，最多者20次。

评述

针灸治疗腱鞘囊肿，简便有效，可免受手术之苦。囊液挤尽后加压包扎，并尽量减少腕、足背的活动摩擦，可防止囊肿复发。

薛秀玲

七　肱骨外上髁炎

肱骨外上髁炎，又名肱桡滑囊炎，俗称网球肘，是指肱骨外上髁、桡骨头、肱桡关节滑囊处无菌性炎症而言。祖国医学称肘劳，也可归于痛痹、骨痹之范畴。好发于家庭妇女、工匠及网球、羽毛球运动员及前臂劳力强度大的工人。

病因病机

中医学认为，本病是由劳伤气血、筋脉不和所致。多因前臂旋转用力不当，致使前臂伸腕肌的起点处，相当于肱骨外上髁处扭伤，引起局部慢性无菌性炎症和滑囊炎。

临床表现

肘关节前外侧疼痛，用力握拳及作前臂旋转动作，如绞毛巾时加剧，握物无力。检查时，在肘关节外侧，肱骨外上髁，肱桡关节和桡骨头的前缘等处可以找到压痛点。在腕关节背伸时于手背部加压也可引起肘部疼痛，但震痛和被动运动痛往往不明显。局部无红肿，肘关节活动正常，X线检查大多属阴性。

辨证施治

治则：舒筋活络。

处方：肘部压痛点（－）

酌情选配曲池（－）、手三里（－）、合谷（－）。

穴方简释：本病病位局限，以局部治疗为主，疼痛常在手阳明大肠经循行路线上，故可取大肠经曲池、手三里等近部穴，合谷等远道穴。

操作方法：压痛点可用一针多向透刺，如合谷刺和恢刺，或一穴多针刺，如齐刺和扬刺，进针得气后用提插泻法，早期不必留针，晚期留针10～15分钟，加用温针或电针。

疗程：每天或隔天治疗 1 次，10次为一疗程。

其他疗法

1.艾灸：取压痛点，艾条灸10～20分钟，或用附子饼灸 1 ～ 3 壮，每日 1 ～ 2 次。也可结合针法使用，疗效更佳。

2.拔罐：取压痛点，先用皮肤针叩刺至微微出血，加拔火罐。如局部火罐不易吸附，可先铺一湿面饼，然后再拔罐，隔天治疗，10次为一疗程。

3.耳针：取相应部位敏感点、神门、皮质下、肾上腺，中强刺激，每天或隔天治疗 1 次，10～15次为一疗程。

4.水针：取压痛点，用强的松龙25毫克加 1 %普鲁卡因 2 毫升，将药液注入穴内，7 ～10天后如尚有疼痛，可依法再注 1 次。

文献选录

五般肘痛针尺泽，冷渊一刺有神功。（《天元太乙歌》）

手三里治手臂肘弯不伸。（《针灸资生经》）

肘痛，尺泽主之。（《针灸甲乙经》）

臑会、支沟、曲池、腕骨、肘髎，主肘节痹臂酸重；曲池、外关、三里、中渚、阳谷、尺泽，主肘痛时寒。（《千金要方》）

经验选要

王秀华等，治疗肱骨外上髁炎33例，病程最短者4天，最长者5年，其中1年内29例，1年以上4例。治疗以循经取穴或局部取穴相结合为原则，针曲池、外关，灸阿是穴，一般以轻刺，重灸为主，每日1次，留针15～30分钟，7次为一疗程，结果痊愈27例，占80.2%，有效3例，占9.9%，无效3例，占9.9%。（上海针灸杂志(3):18，1984年）

评述

针灸治疗肱骨外上髁炎疗效理想，针与灸相结合是最佳选择。在治疗期间应嘱患者使患肢休息，如局部已发生粘连，可结合推拿治疗。

万达敏

八 臂丛神经痛

臂丛，系由颈5至胸1脊神经的前支组成，主要支配上肢的感觉和运动。组成臂丛神经的各部分受损、也即臂丛神经的神经根、神经索和神经干出现原发性或继发性病变时，产生在其支配范围内的疼痛，称为臂丛神经痛。其共同特点是肩部及上肢程度不同的疼痛。

中医学中无此病名，归属于痹证范畴。

病因病机

素体虚弱，经脉空虚，卫阳不固，营卫不居；或汗出当风，涉水冒寒，以及坐卧阴湿之地，风寒湿邪得以侵袭入内；或因痰湿内生，流注经络；或因七情郁结，气滞血瘀，经络痹阻；或跌仆挫闪，瘀血凝滞。均导致经络壅塞，气血运行不畅而致。

现代医学认为，臂丛神经痛大多数由邻近组织的病变压迫或刺激臂丛神经根或神经干所致。根性原因有颈椎病等，干性原因有肋骨-锁骨综合征、颈肋、臂丛外伤、臂丛神经炎等。

临床表现

各种原因所致臂丛神经痛的共同特点是肩部及上肢程度不同的疼痛。由于不同病因，

疼痛可由颈、背、肩胛部开始，分别放射至上臂、前臂和手掌。疼痛可呈持继性或有阵发性加剧，夜间及活动肢体时疼痛更甚。在臂丛范围内，可有感觉减退和肌肉萎缩及植物神经表现，臂丛牵拉试验阳性，上肢腱反射可减低或消失。

辨证施治

1.风寒：

主证：肩臂疼痛，抬举不利，痛势较剧，向远处放射，牵掣麻木，得热痛减，遇寒则甚，手足拘急，舌苔薄白，脉象浮紧。

治则：温经通络，理气止痛。

处方：扶突（－） 巨骨（－） 肩井（－） 肩髃（－） 外关（－） 大椎（＋） 关元（＋）

疼痛以上肢近端、肩部、肩胛区为主者，配肩内陵、肩贞；疼痛放射至桡侧者，配曲池；放射至尺侧者，配小海；放射至手掌者，配后溪、三间。

穴方简释：大椎为手三阳足三阳及督脉之会，与关元穴相配具有温经散寒之功。扶突、巨骨、肩井、肩髃与外关诸穴，皆位于痛之所在，刺之能理气通络止痛。

操作方法：针刺得气后行捻转补泻手法，大椎、关元不留针，余穴用温针，留针15～20分钟。

疗程：隔日治疗1次，10次为一疗程。

2.风湿：

主证：肩臂酸痛，重着麻木，伸屈受限，痛有定处，阴雨风冷天气每易发作，缠绵不愈，舌苔白腻，脉濡滑。

治则：祛风化湿，理气止痛。

处方：风池（－） 大杼（－） 天鼎（－） 肩髃（－） 外关（－） 阴陵泉（－） 丰隆（－）

参考“风寒型”选取配穴。

穴方简释：风池具有祛风通络之功，阴陵泉、丰隆共奏化湿之效，大杼、天鼎、肩髃、外关均局部取穴以理气止痛。

操作方法：针刺得气后行捻转补泻手法，阴陵泉、丰隆不留针，余留针15～20分钟。

疗程：隔日治疗1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.电针：可分两组取穴，①天鼎、扶突、肩髃、曲池，②颈椎相应华佗夹脊穴，针刺得气后接脉冲刺激仪。①与②可交替轮用，华佗夹脊穴一般选1～2对。留针15～20分钟，隔日1次，10次为一疗程。

2.水针：取颈部华佗夹脊穴、肩内陵、极泉、手五里、外关。

方法：取颈部华佗夹脊穴1～2对，并选2个上肢穴，进针得气后稍提针，每穴注射维生素B_{12}注射液、维生素B_1注射液1毫升。隔日1次，10次为一疗程。

3.耳针：取神门、交感、颈、颈椎、锁骨、肩，强刺激，每次留针15分钟，隔天1次，10次为一疗程。

文献选录

肩痹痛：肩髃、天井、曲池、阳谷、关冲。（《神应经》）
肩臂痛：痰湿为主，灸肩髃、曲池。（《针灸聚英》）

经验选要

郁忠尧用电针“颈臂”穴治疗臂丛神经痛20例，该穴位于锁骨内1/3与外2/3交界处直上1寸，直刺0.5～0.8寸，并配曲池、小海、肩前、肩后，加用脉冲电刺激。痊愈（疼痛完全消失，举止如常）16例，好转3例，无效1例。（1985年）

评述

在针灸临床上臂丛神经痛患者较多见于颈椎病与臂丛神经炎。《素问·痹论》:“风寒湿三气杂至，合而为痹也”，臂丛神经痛往往会出现痛痹，着痹症状，温针与电针有较好疗效。

天鼎、扶突、颈臂等穴对臂丛神经痛有明显效果，但要取得触电感并向上肢远端放射才有效，为刺之要，气至而有效。

一般来说：年龄轻、病程短、疼痛发作剧烈者，治疗效果显著。

陈业孟

九　幻肢痛

病人在截除肢体后，常有肢体依然存在的幻觉，称为幻肢，其中一部分病人的幻肢发生剧烈疼痛，称为幻肢痛。约2％的截肢病人发生幻肢痛，可持续数日甚至数年。

病因病机

截肢术后，经脉离断，机体经气失调，气血运行不利，气滞血瘀，痹阻不通，不通则痛。

现代医学认为，幻肢痛可能与中枢神经系统内的体系形成有关。由于截肢后，正常进入脊髓的痛觉非特异传导通路的抑制性冲动减少，以致痛觉的兴奋性异常增高。

临床表现

截肢病人感觉失肢的存在，并有非常剧烈的疼痛，多为闪电样，亦可灼痛，呈持续性阵发加重。常于再次受伤和精神刺激时发生，有的感到失肢“活动”时，痛更增加。

辨证施治

主证：失肢疼痛，如刺如灼，阵阵而作，面色青紫、晦暗，舌质淡紫而有瘀点、苔

薄、脉沉涩。证属气滞血瘀。

治则：疏调气血，通络止痛。

处方：合谷（－） 太冲（－） 三阴交（－）

仅截指者，配相应手指井穴；截前臂者，加外关、手三里；截上肢者，加肩髃、臂臑；仅截趾者，配相应足趾井穴；截小腿者，加阳陵泉、悬钟；截下肢者，加髀关、伏兔。

穴方简释：合谷、太冲分别为手阳明与足厥阴之原穴，古称“四关穴”，能疏调经气、宣通气血，有较好的止痛效果。配三阴交，有行气活血之功。巨刺之法，左病右取，右病左取，配穴均为失肢对侧经脉之穴，刺之能疏通经络，调节气机。

操作方法：根据病人的身体条件，主穴尽量取双侧，配穴均取健侧。针刺得气后行提插捻转泻法，施术时幅度宜大，刺激宜强，留针20～30分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

其他疗法

耳针：取神门、皮质下、肾上腺、相应点均双侧，强刺激，每日留针15～30分钟，隔日1次，10次为一疗程。或每次选2～3穴，用皮内针或揿针埋藏，多取同侧耳穴，隔日1次，10次为一疗程。

经验选要

王盛波等，用巨刺法治疗截肢术后幻肢痛，取穴原则为首辨何经，然后在对侧肢体相应经脉上选穴针刺。报道1例截指患者经治疗后幻肢痛基本消除。认为凡针感沿经脉循行向下放散明显者效佳。（1986年）

刘桂良，用耳穴埋针治疗幻肢痛，用皮内针或揿针埋于耳廓相应点与神门、皮质下等穴。治疗13例均有效。（1986年）

评述

幻肢痛为剧痛证，性质呈持续性阵发加剧。作者曾遇一患者，因外伤致左上肢截肢已20余年，仍有幻肢痛，一俟发作，不能安坐，面色如土，持续数分钟，苦不堪言。

根据中医辨证，幻肢痛属于实证，故针刺操作时应用泻法，临床发现刺激量宜大，而且应耳针与巨刺并用，镇痛效果更好。

陈业孟

十　肋间神经痛

肋间神经，由胸2～胸11脊神经的前支组成。肋间神经痛，是指一个或几个肋间神经走行分布区内的疼痛综合征。往往有继发性病因，原发性肋间神经痛少见。该病多呈持续性发展，缠绵不愈。多发于青年或有贫血的中年妇女。

中医学无此病名，归属于“胁痛”范畴。

病因病机

情志抑郁，或怒气伤肝，肝失调达，疏泄不利，气机阻滞而致胁痛。

或气郁日久，血流不畅，久病在络，气血皆窒，瘀血停积胁肋，出现胁痛；或跌仆闪挫，胁肋受伤，瘀血停留，痹阻脉络，致使胁痛。

或外邪内侵，或饮食不调，以致湿热之邪蕴结于肝胆，使肝胆失于疏泄条达，而引起胁痛。

西医学认为，肋间神经痛多是由于邻近器官和组织的病变，以及炎症、畸形、受寒和外伤等引起，也可见于带状疱疹引起的病毒性肋间神经炎。

临床表现

本病疼痛位于一个或几个肋间，多呈持续性，可有阵发性加剧，性质刺痛或刀割样痛，常影响到同侧腹部或肩部，呼吸、咳嗽、喷嚏等可加重疼痛。检查发现相应肋间有皮肤过敏，肋缘处可找到压痛点，尤其是在腋前线上、肋骨胸骨结合部与脊柱旁压痛明显。

辨证施治

1.肝气郁结：

主证：胁痛或左或右，以胀痛为主，每因情志变动而增减，伴有胸闷不舒，饮食减少，嗳气频作，善怒少寐，苔薄，脉弦。

治则：疏肝理气，通络止痛。

处方：支沟（－）　期门（－）　肝俞（－）　足临泣（－）　行间（－）

根据疼痛部位，选配相应节段夹脊穴。

穴方简释：胁肋为厥阴、少阳经之分野，肝脉布胁肋，胆经循胁里，过季肋。近取肝之募穴期门，远取少阳同名经之支沟，以疏泄肝胆经气。肝俞为肝脏经气输注之所在，刺之有疏肝之用。足临泣为足少阳经之输穴，通带脉，行间为足厥阴经之荥穴，数穴共奏疏肝理气止痛之功。

操作方法：针刺得气后行捻转补泻手法，留针15～20分钟。

疗程：隔日针刺1次，10次为一疗程。

2.瘀血凝阻：

主证：胁痛如刺，固定不移，入夜尤甚，有慢性胁痛及跌仆损伤史，胁下拒按，或有痞块，面色黧黑，舌质紫暗，或有瘀斑，脉象沉涩。

治则：活血通络，行气止痛。

处方：膈俞（－）　大包（－）　京门（－）　三阴交　蠡沟（－）

参考“肝气郁结型”选取配穴。

穴方简释：膈俞为血会，与三阴交相配能活血，大包为脾之大络，配胆经之京门有通络之功效。蠡沟为足厥阴之络穴，别走少阳，故有疏肝行气之功，气行则血行，血行则瘀除，瘀除则痛止。

操作方法：针刺得气后行捻转补泻手法，留针15～20分钟。

疗程：隔日治疗1次，10次为一疗程。

3.湿热内蕴

主证：胁痛阵发，如刺如灼，伴恶寒发热，口苦、胸闷，恶心呕吐，小便黄赤，舌苔黄腻，脉弦数。

治则：清热化湿，疏肝利胆。

处方：支沟（－） 期门（－） 日月（－） 阳陵泉（－） 丘墟（－） 太冲（－）

参考“肝气郁结型”选取配穴；热盛，另加曲池。

穴方简释：期门与日月为肝胆之气募集之处，两穴能疏调肝气，支沟与阳陵泉相配能和解少阳半表半里之气，起到清热化湿之作用。丘墟既清肝利胆，又能泄热，太冲为足厥阴之输、原穴，能疏肝理气，和营通络。数穴同用，胁痛得除。

操作方法：针刺得气后行捻转补泻手法，留针15～20分钟。

疗程：每日治疗1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取神门、胸、枕、肝、胆，强刺激，每次留针20～30分钟，隔5分钟捻转一次。或用王不留行籽或磁珠贴敷，嘱病人每日按摩3次，至耳廓发红发热为度，每次贴一侧耳廓，隔日调换1次，10次为一疗程。

2.水针：取膈俞、厥阴俞、大包、期门，用1％普鲁卡因溶液3毫升，加维生素B_{12}注射液1毫升，分注以上各穴。每日1次，10天为一疗程。也可取相应节段夹脊穴，用10％葡萄糖液4毫升，加维生素B_{12}注射液1毫升。直刺达神经根附近，待有明显针感后，将针稍上提再注入药液，每穴1毫升。隔日1次，10次为一疗程。

3.皮肤针：取支沟、相应脊柱两侧及患部肋间隙，用梅花针叩打至皮肤潮红为度，并加用火罐疗法。隔日治疗1次，10次为一疗程。

4.皮下针：取该肋间神经的反应点、起止点，针尖垂直刺于皮下，刺入皮下脂肪层后改为45°，进针约0.2寸，再将针改为10～15°，或贴紧皮肤，刺入病灶周围的表皮之下、脂肪层之上的间隙处。

5.电针：取期门、日月、相应节段夹脊穴，针刺得气后，接脉冲治疗仪，频率以病人能耐受为度，每日1次，10次为一疗程。

文献选录

胁痛，肝火盛、木气实，有死血、痰注，肝急，针丘墟、中渎。（《针灸聚英》）

胸胁痛，取天井、支沟、间使、大陵、三里、太白、丘墟、阳辅。（《神应经》）

胁肋疼痛，支沟、章门、外关。复刺后穴：行间、中封、期门、阳陵泉。（《针灸大成》）

经验选要

陈继勤等，用皮下针刺法治疗41例肋间神经痛，选刺该肋间神经的起止点与压痛反

应点，选穴多少与病变范围的大小成正比。结果痊愈25例，显效16例。（1984年）

高辉等，用梅花针治疗特发性肋间神经痛30例，叩刺范围为沿脊柱两侧华佗夹脊穴和足太阳膀胱经第一侧线，与患侧病变肋间隙和足少阳经胁部循行段，叩刺5遍后拔火罐。结果痊愈25例，好转3例，无效2例。（1988年）

评述

明代针灸学家杨继洲在《针灸大成·治症总要》中写道："胁肋疼痛：支沟、章门、外关。问曰：此症从何而得？答曰：皆因怒气伤肝，血不归元，触动肝经，肝藏血，怒气甚，肝血不归元，故得是症。亦有伤寒后胁痛者，有挫闪而痛者，不可一例治之，宜推详治之。复刺后穴：行间（泻肝经，治怒气），中封，期门（治伤寒后胁痛），阳陵泉。此段论述比较详尽地介绍了胁痛的辨证取穴，对临床仍有指导意义。从目前临床上来看，肋间神经痛有不同的发病原因，辨证取穴治疗其疗效远超出局部取穴。如带状疱疹引起肋间神经痛在临床上相当多见，从中医辨证角度属于湿热内蕴型，宜加用支沟、阳陵泉、丘墟、太冲等穴。

相应节段的夹脊穴，对肋间神经痛也有良效。但由于神经丛里有多个相邻的脊神经纤维参加，绝大多数皮节是由2～3个节段重叠供给，因此治疗时除选取病变肋间神经痛所处节段的夹脊穴，还应选取该节段上、下的夹脊穴。

陈业孟

十一　震颤麻痹

震颤麻痹又称帕金森氏病，是一种发生于中年以上的神经系统变性疾病，以运动减少、肌肉强直和震颤为主要症状，起病缓慢、逐渐进展。男性多于女性，好发于50～60岁之间，患病率随年龄上升，在60岁以上的人口中可达10%。

中医学无此病名，但可归属于"肝风"范畴。《素问·至真要大论篇》记述："诸暴强直，皆属于风"。

病因病机

老人素体虚弱，肝阴不足，肝气郁结，肝血停滞，以致气滞血瘀，脉络受阻，筋脉失养而肢体颤抖。

或后天之本素亏，气血生化之源不足；脾失健运，湿聚成痰，痰阻脉络而筋脉失养，手足颤掉，动作困难。

或年事已高，先天之本虚衰，精血亏损，不能上充于脑，脑髓失于滋养；又因肝肾同源，遂致肝之阴血不足，血不养筋，肝阳偏亢，肝风扰动，而出现四肢震颤。

现代医学认为，本病是由于脑内黑质及黑质纹状体通路变性，多巴胺含量显著减少所致，是属于一种带有部位选择性的老化变性。

临床表现

本病起病缓慢，逐渐进展，患者最早的感受可能是肢体震颤或是举动强直不便，但检查时均可发现运动减少。

本病典型震颤为静止性震颤，多自一侧上肢远端开始，随病程进展可至四肢、下唇、舌和颈部。强直多自一侧上肢的远端开始逐渐至远侧、对侧以及全身，以屈肌强直为主。面肌表情动作减少而致“面具脸”。患者随意运动减少，减慢，幅度变小，不能做精细动作，严重时书写困难，出现“写字过小症”。联合运动及协同运动也发生明显障碍，行走时步距缩短，躯体前冲，称为“慌张步态”。

辨证施治

1.气滞血瘀：

主证：肢体震颤、强直，动作减少，屈伸不利，便秘，言语不利，舌质紫暗或有瘀斑，舌下静脉曲张，脉象细涩。

治则：活血化瘀，熄风止痉。

处方：风池（－）　大椎（－）　列缺（－）　合谷（－）　三阴交（－）

上肢肌张力增高，加曲泽、大陵；下肢肌张力增高，加委中、解溪；下唇颤抖，加承浆；言语不利，加上廉泉；流涎，加地仓；便秘、苔黄，加足三里、支沟。

穴方简释：大椎为手足三阳、督脉之会，列缺为手太阴之络、别走阳明，两穴相配可调理气机，有镇颤止痉之功。风池属足少阳胆经，刺之可平熄内风。合谷、三阴交相配能活血化瘀。

操作方法：针刺得气后行提插捻转补泻法，留针20分钟。

疗程：隔日针刺1次，15次为一疗程。

2.气血两虚：

主证：手足震颤，动作困难，精神疲乏，少气懒言，喉中痰鸣，舌质淡红、体胖，脉象沉细。

治则：补益气血，祛痰通络。

处方：曲池（＋）　阳溪（＋）　合谷（＋）　气海（＋）　足三里（＋）　阳陵泉（＋）　丰隆（－）　公孙（－）

参考“气滞血瘀证”选配穴。

穴方简释：阳明经多气多血，足三里为足阳明之合穴，与任脉气海穴相配能补益气血，曲池、阳溪、合谷三穴能调和气血经络。丰隆与公孙分别为足阳明、足太阴之络，两穴共奏祛痰之效。阳陵泉为筋会，以上数穴合用能减少震颤。

操作方法：针刺得气后行提插捻转补泻手法，留针20分钟。

疗程：隔日针刺1次，15次为一疗程。

3.肝肾阴虚：

主证：肢体震颤强直，动作不利，腰膝酸软，口渴欲饮，舌红、苔少或光剥或有裂纹，脉象细数。

治则：滋补肝肾，熄风解痉。

处方：风池（＋） 肝俞（＋） 肾俞（＋） 阳陵泉（－） 太冲（－）（双） 百会（＋） 四神聪（＋）

参考"气滞血瘀证"选配穴；如口干、舌光红，加太溪、复溜；腰脊酸痛，加命门。

穴方简释：督脉统摄一身之阳，其上巅入络脑，足厥阴之络亦上巅，百会居于巅顶之上，与经外奇穴四神聪合用既开窍通络，又补下元虚损、疏泄肝风。肝俞、肾俞为肝、肾两脏经气输注之所在，刺之有滋补作用。风池有清泄内风之功。阳陵泉与太冲合用能熄风解痉。

操作方法：针刺得气后行提插捻转补泻手法，留针20分钟。

疗程：隔日针刺1次，15次为一疗程。

其他疗法

1. 头针：取舞蹈震颤控制区、运动区，根据肌张力增高的部位而分别选取运动区上、中、下刺激区。进针后用脉冲式电麻仪通电，每次20分钟，每天或隔天针1次，15次为一疗程。

2. 水针：取风池、肝俞、命门、关元、足三里，用维生素B_{12}、维生素B_1，每穴分别注入1毫升，每次4～5穴，穴位轮换进行注射。每日1次，15次为一疗程。

文献选录

后溪穴为主穴，"手足俱颤，不能行步握物：阳溪、曲池、腕骨、阳陵泉、绝骨、公孙、太冲"；临泣穴为主穴，"两足颤掉，不能移步：太冲、昆仑、阳陵泉；两手颤掉，不能握物：曲泽、腕骨、合谷、中渚"。（《针灸大全》）

手腕动摇：曲泽。（《针灸大成》）

经验选要

上海第一医学院华山医院，采用头针疗法并用电针治疗震颤麻痹53例，经1个疗程后，11例显效（20.8％），30例好转（56.6％）。并认为本病针刺治疗效果与临床类型有一定关系，以强直为主者效果较好。（1975年）

秦亮甫等，选用四神聪、风池、曲池、合谷、阳陵泉、太冲、太溪等穴针刺治疗震颤麻痹30例。以肢体震颤、步行前冲、言语流畅、面肌表情、手指内收的改善程度分析，痊愈者3例，显效9例，有效10例，总有效率80％。（1989年）

评述

作者曾观察358例神经系统疾病患者舌象，分析发现震颤麻痹病人舌象往往舌色青紫，并见剥苔、裂纹舌，可见肝肾阴亏、虚风内动是其主要病机。正因为先天之本已虚衰，症状顽固难愈，治疗有一定困难。针刺作为一种辅助治疗手段有其优势，西药治疗震颤麻痹不仅价格昂贵，而且有明显的依药性和副作用，而合用针刺治疗后往往能减少药物剂量，减轻症状，稳定病情，尤其是对症状轻、病程短的病人更能发挥作用。

但临床上发现针刺对于肌张力增高有良好的治疗效果，而控制震颤疗效不够稳定，

有些病员在停针后症状又会逐渐加重，故须连续治疗。

陈业孟

十二　颈椎病

颈椎病又称颈肩综合征、颈前斜角肌症候群、颈肩部肌筋膜炎等，是颈椎及其周围的软组织，如椎间盘、黄韧带、脊髓鞘膜等发生病理改变，导致颈神经根、颈脊髓、椎动脉及交感神经受到压迫或刺激，从而产生的各种症状。本病多见于40岁以上的成年人，为一种常见病多发病，在成年人中，颈椎病的发病率约为10%，60岁以上的近45%，70岁以上老人的X线摄片，都有颈椎骨关节增生及椎间盘狭窄，约3/4有轻重不同的神经症状，有报告称，年过65岁者，65%的人有颈痛。性别间无明显差异，病程长短不一，但大部分为慢性病程，拖延时间较长，其间反复发作，间隔时间不等。外伤、劳累、风寒外感、炎症、枕头及卧姿不当，常为诱发因素。颈部软组织劳损和椎间盘退行性病变，是引起颈椎病的主要原因，故长期埋头工作如缝纫、刺绣、绘图、誊写等，容易引起颈部肌肉劳损，落枕治疗不彻底，反复发作，也可致颈部肌肉劳损而诱发本病。

颈椎位于较固定的胸椎与重量较大的头颅之间，其活动度大，尤其是颈5～7活动范围最大，成年后，椎间盘发生髓核脱水、弹性降低、纤维环破裂等一系列退行性变，而影响颈椎的稳定性。又颈椎两侧对称分布的肌肉，维持着颈椎的力学平衡，如颈部肌肉劳损，颈椎力学平衡失常。椎间盘的退行性变和颈部肌肉的劳损，二者互相影响，形成恶性循环，可引起一系列的病理改变。

颈椎病按其受压的部位不同，而出现不同的症状，一般分为神经根型、脊髓型和椎动脉型等。神经根型颈椎病，为各型中发病率最高而最为常见的一种，约占各型的60%，多见于30岁以上，重体力劳动者多于非重体力劳动者。脊髓型在颈椎病各型中，虽然占的比例不高，约为10～15%，但对人体的影响较大，轻的影响生活，重的可以造成瘫痪及二便和性功能障碍。椎动脉型颈椎病，临床亦为常见，约占各型颈椎病的20～25%。

中医将本病归入痹症的范畴。

病因病机

中医认为，本病系外感风寒湿邪，客于太阳经，而使太阳经输不利，经脉不通；或有扭挫损伤，气血瘀滞，使经脉闭阻不通；或由年老体弱，劳损等造成肝肾不足、筋骨失养所致。

临床表现

1.神经根型颈椎病：患者觉颈、肩部痛，从颈后及肩背部开始，轻者为持续性酸痛、隐痛，重者为阵发性剧烈疼痛，多数出现沿颈神经根串痛，伴有针刺样或触电样麻痛感。颈部活动受限制，并有反复落枕史。颈后伸或增加腹压时（如咳嗽，排便时），症状加剧。患肢握力减退，有持小东西坠落现象，部分病人出现后头痛。初期，病人几周后症状减轻或恢复正常，但易复发，且病情加重。臂丛牵扯试验及颈挤压试验可为阳

性。颈部、肩胛上角、颈棘突和棘突旁有广泛压痛，受压神经根分布区出现皮肤感觉减退。如颈6神经根受刺激，则患侧拇、食指感觉减退，肱二头肌腱反射减弱或消失；如颈7神经根受压，则食、中指感觉减退，肱三头肌腱反射减弱或消失；高位神经根受刺激，可引起同侧前斜角肌痉挛，压迫臂丛内侧束，出现尺神经区的麻痛或感觉减退。神经根受压严重者，可出现神经所支配的肌肉萎缩等现象。

2.脊髓型颈椎病： 以脊髓束症状为主，先为下肢发紧，发麻，无力，行走困难，脚似踩在棉花上，随之一侧或双侧上肢麻木，肌力减弱，持物坠落，肌肉萎缩，甚则四肢瘫痪，卧床不起，大便失禁，小便潴留。有的伴有头痛、眼痛、耳底痛、吞咽困难、面部出汗等交感神经症状。并可出现神经根症状，如肌肉压痛、手臂感觉减退、肌萎缩等。颈椎活动受限，牵扯试验及颈挤压试验均为阴性。

3.椎动脉型颈椎病： 多与上二型混合存在，也可单见。除上述症状外，并多有头痛、眩晕、恶心、耳鸣、耳聋、视物不清等症。眩晕呈间隙性，并和头部活动姿势改变有明显关系。猝倒，但神志清楚，是本型的特有症状。发作也与头部突然活动或姿势改变有关。

辨证施治

根据病因及临床症状的不同，中医分为痹阻型、瘀阻型、肝肾不足型。

1.痹阻型：

主证：颈、肩、背疼痛走窜，肢体酸胀重着，麻木，疼痛发作与气候变化有关，遇寒痛增，得温痛减。颈部僵硬，活动受限，后颈部可触及条索状物或有压痛，舌胖、质暗，脉沉迟或弦滑。

治则：祛风散寒，舒经通络。

处方：风府（－） 风池（－） 天柱（－） 外关（－） 合谷（－） 列缺（－） 大椎（－） 落枕（－） 后溪（－）（双）

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法，留针10～20分钟，针后艾条熏灸每穴5分钟。

穴方简释：风府、风池、外关，祛风通络；风府、大椎，通调督脉之阳气，以祛寒湿等阴霾之邪；天柱配后溪，以疏通太阳经经气；列缺、落枕，是治颈项强痛的经验要穴，《四总穴歌》有“头项寻列缺”之语；列缺，有主治头项疾患的作用。

2.瘀阻型：

主证：颈部及患侧上肢针刺样或烧灼样疼痛，痛处固定不移，日轻夜重，痛而拒按，手部肌肉萎缩，指端麻木、紫绀，并常伴头部搏动性疼痛，头昏眼花，失眠健忘等症，舌质紫暗或有瘀斑，脉弦细或细涩。

治则：活血化瘀，疏经通络。

处方：天柱（－） 大椎（－） 身柱（－） 膈俞（－） 曲池（－） 阴郄（－） 阳溪（－） 后溪（－）（双）

操作方法：进针得气后用提插泻法，留针20～30分钟。

穴方简释：膈俞，血之会穴；阴郄，为心经之郄穴，心主血。泻此二穴，能起活血化瘀之作用；大椎、身柱，疏通督脉之经气；天柱、后溪，疏通太阳经气，且督脉太阳经均循行颈项，故共奏行气通经之功，为治项强的要穴；曲池、阳溪，通调阳明经经气。

3.肝肾不足型：

主证：颈项酸软，并伴耳鸣耳聋，视物不清，面部烘热，口苦咽干，失眠多梦，急躁易怒，不能久坐久立，腰酸膝软，抬举无力，手足麻木、活动牵强，拘急，筋惕肉瞤等症，舌瘦，质红绛、少苔，脉弦细或细数。

治则：滋水涵木，调和气血。针刺用补法。

处方：肝俞（＋） 肾俞（＋） 血海（＋） 膈俞（＋） 气海（＋） 申脉（＋） 悬钟（＋） 髀关（＋） 足三里（＋）（双）

穴方简释：补肾俞、血海、膈俞，滋阴血濡筋骨；气海，补元气以行血；肝俞、悬钟，补髓壮筋骨；足三里，健脾胃以利气血生化之源；申脉，疏导太阳和阳跷经气，为上病下取法。

疗程：隔日治疗1次，10～15次为一疗程。

其他疗法

1.水针：取华佗夹脊颈4～胸1、天柱、肩中俞、阿是穴，任选当归、红花、川芎、丹参、狗脊注射液或维生素 B_1 及 B_{12}之一，每次2～3穴，分几组交替进行，每穴0.5～1毫升。每周2～3次，2～3周为一疗程。如3次以上无效或反应较重，应考虑更换其他方法。

2.耳针：取颈、颈椎、交感、神门、肩、肘、腕、指，每次选用2～3穴，隔日1次，10次为一疗程。

3.拔罐：七星针叩刺头、颈部督脉、足太阳膀胱经、胸锁乳突肌、提肩胛肌等处。肝肾不足型，轻叩至局部皮肤潮红；痹阻型、瘀阻型，叩刺至皮肤微出血。然后拔上火罐，3～5分钟取下，每周2～3次，10次为一疗程。疗程结束后休息1～2周，续治2～3疗程。

文献选录

项强取承浆、风府、后溪。（《医学纲目》）

京骨、大杼治颈项强，不可俯仰，天井疗颈项及肩背痛。（《资生经》）

头痛项强，重不能举，脊反折，不能回顾：承浆（先泻后补）风府。（《针灸大成》）

颈项拘急引肩背痛，取后溪、承浆、百会、肩井、中渚。（《针灸大全》）

经验选要

中医研究院针灸研究所宋正廉等针灸治疗颈椎病60例。其中56例为神经根型颈椎病，3例为脊髓型颈椎病，1例为椎动脉型颈椎病。针灸根据经络循行及病变部位选取经穴：颈肩痛，取天柱、定喘、颈夹脊穴、肩髃、外关、曲池、中渚；腰腿痛，取肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、环跳、阳陵泉、足三里、委中等穴；偏虚寒者，加艾灸每周3次。并结合功能锻炼。结果：治愈21例，显效24例，进步12例，无效3例。显效率75%，总有效率95%。（1981年）

据《国外医学·中医中药分册》1982年报道：Gwan KH AmJ用针灸治疗颈椎病

121例，病程2～5年者占33.9%，5年以上者占39.7%。针灸取穴：颈项疼痛，选陶道、大椎、天髎；头痛及后枕痛，用风池、风府；肩痛，取肩井；上臂痛，取肩髃、臂臑、肩髎；前臂痛及指麻，取曲池、合谷。用0.5～1寸针，得气后留针15～20分钟，同时针刺压痛点，每周治疗1次，最多治疗10次，经4次治疗无效者，改用2～4个敏感点电针刺激20分钟。结果：32例优良（症状消失），22例进步，（症状大大减轻），34例有效（多数症状仍存在，但疼痛减轻），26例无效，1例症状加重而停止治疗，6例因1～2次后中断治疗，无法确定疗效。（1982年）

评述

针灸治疗本病，对改善症状及减轻疼痛有较好的疗效。治疗同时，可配合头颈操，以防止颈椎病进一步发展，每日锻练1～2次，必须持之以恒。临床中，神经根型颈椎病较为多见，诊断也不困难，脊髓型颈椎病须与其他引起下肢病变的疾病作鉴别，椎动脉型颈椎病须与眩晕、美尼尔氏症相鉴别。

薛秀玲

十三　落枕

落枕，又称失枕、失颈，即颈部伤筋，是指患者颈项部强痛、活动障碍的一种病症。本病多见于成人，儿童少见。现代医学颈肌劳损、颈肌风湿、颈部扭挫伤、颈椎退形性变等疾病，所引起的颈项强痛、活动障碍，也可参考落枕施治。

病因病机

本病多由睡眠姿势不当，或枕头高低不适，引起颈部气血不和、筋脉拘急而致病。也可由颈部扭伤、外伤或风寒侵袭项背，局部经气不调而致。现代医学认为，该病主要由颈部肌肉长时间过分牵拉而发生痉挛所致，也可见于颈椎小关节滑膜嵌顿，半脱位或肌肉筋膜的炎症。

临床表现

通常在早晨起床后，头项部强直或头部向一侧歪斜，前后左右转动不便，活动受限。患部一侧酸楚疼痛，并可向同侧肩部及上肢扩散。检查时，局部肌肉痉挛，有压痛，无红肿，喜热敷。轻症一般3～5天即能缓解，而老年人易反复发作。

辨证施治

治则：舒筋活络。

处方：落枕穴（－）　后溪（－）　悬钟（－）

酌情选配压痛点（－）、天柱（－）、大椎（－）。

穴方简释：后溪是八脉交会穴之一，通于督脉，是手足太阳同名经穴，因此可主治督脉病证，特别对落枕疼痛主要在颈项正中线者更为适用。落枕穴，悬钟为主治本病的

有效穴，主要具有镇痛解痉作用。压痛点、天柱、大椎，用作疏通经气，通则不痛。

操作方法：落枕穴、后溪、悬钟，按需要选其一，也可交替使用。进针得气后用提插捻转泻法，留针10～20分钟，作间歇运针，并嘱患者前后左右转动颈项，疼痛可显著缓解，活动明显改善。若疼痛未解，再刺压痛点、天柱、大椎，针后可加拔火罐。

疗程：一般针刺 1 次后，疼痛和功能障碍可消除。如未全解，可连续治疗 2 ～ 3 次，每日 1 次。

其他疗法

1.拔罐：取压痛点 3 ～ 5 个，先用七星针叩击压痛点至微微出血，加拔火罐。每日 1 次至症状消失。

2.耳针：取颈、颈椎，强刺激，嘱患者前后左右转动颈项，留针15～20分钟。

3.水针：取压痛点 2 ～ 3 个，用25%硫酸镁 5 毫升加 2 %盐酸普鲁卡因 1 毫升，每穴注射 2 ～ 3 毫升。

4.艾灸：取压痛点 2 ～ 4 个，每穴用附子饼灸 3 壮，或用艾条悬灸15～20分钟。

5.腕踝针：取双侧±6，按腕踝针疗法进针，留针30分钟，留针时前后左右转动颈部。

文献摘要

少泽、前谷、后溪、阳谷、完骨、昆仑、小海、攒竹，主项强急痛，不可以顾。（《千金方》）

项强，取承浆、风府、后溪。（《医学纲目》）

京骨、大抒，治颈项强；魄户、肩井，治颈强不得顾；天牖、后溪，治颈项不得顾；天柱，治颈项筋急不得顾；天井，疗颈及肩背痛。（《针灸资生经》）

颈项强不可俯仰，刺足太阳京骨、大抒；挫枕项强、不能四顾，取少商、承浆、后溪、委中。（《玉龙经》）

颈项拘急引肩背痛，取后溪、承浆、百会、肩井、中渚。（《针灸大全》）

经验选要

马辉明针刺后溪穴治疗落枕215例，均强刺激，使患者有酸胀麻感，接脉冲直流电，频率40～50次/分，强度以患者能耐受为限，每次15～20分钟，留针时嘱患者前后左右活动颈部，结果 1 次治愈163人，2 次治愈38人，3 次治疗好转14人。（《中国针灸》4（5）:22，1984年）

评述

落枕是针灸临床疗效比较理想的疾病，操作的关键在于强刺激和患者配合颈项部运动。针后进行拔罐、推拿，再予热敷，效果更为显著。

万达敏

十四　颞颌关节功能紊乱

颞颌关节功能紊乱，是指颞颌关节区疼痛，酸胀，乏力，弹响，张口受限等一系列症状的综合征。多发生在20～40岁的青壮年。祖国医学将其归于颔痛、颊痛和口噤不开等范畴。临床单纯性颞颌关节炎及下颌关节脱位也可参考本节治疗。

病因病机

风寒客于面部，寒性收引拘急，引起面部经筋挛急，或因哈欠过度或面颊受伤，面部经筋受损，均可导致局部关节酸痛牵强，张口受限。

现代医学认为外伤与劳损是本病的重要病因。外伤多由于咀嚼硬物或下颌部受到碰撞而致，劳损多因经常反复过度地张口动作，如歌唱演员易患此病。还有因受寒冷刺激而发生者或由周围炎症波及。

临床表现

本症表现为患者在张口或闭口时，下颌关节区疼痛、酸胀、乏力、强直、弹响、张口受限和下颌运动异常，少数患者可并发头昏耳鸣、听觉障碍等。检查时，可发现面部两侧不对称；张口运动时，下颌部多偏向患侧；在髁状突、咀嚼肌及颞肌附着处有压痛。早期X线显示髁状突位置不正常，后期可有关节头或关节凹形态改变。

辨证施治

治则：祛风散寒，舒筋活络。

处方：听宫（－）　下关（－）　颊车（－）　合谷（－）

酌情选配风池（－）、太阳（－）。

穴方简释：听宫为手太阳与手少阳经交会穴，下关为足太阳与足阳明交会穴，配合颊车疏散面部风寒，并能开噤止痛，是颞颌关节病变主要穴。合谷能主治头面部各种疾患。若伴后头痛加风池，两侧头痛加太阳。

操作方法：先针听宫，张口取穴，进针直刺0.5～0.8寸，用捻转泻法，使针感向面颊部放射。闭口后再针下关穴，使针感扩散至整个颞颌关节、颊车、合谷均，用提插泻法。

疗程：每日或隔日针刺，5次为一疗程。

其他疗法

1.灸法：取下关，用附子饼灸3壮，每日治疗，5次为一疗程。

2.水针：取下关，用0.5%普鲁卡因2毫升，按水针操作法注入下关穴，每周2～3次。

3.电针：取下关、颊车，进针得气后接上电针仪，选用连续低频波，每分钟150～200次，输出量以病人能耐受为止，通电20～30分钟，每周2～3次。

4.皮内针：选用34号5毫米长的皮内针埋于阿是穴，每周2次。

文献摘要

颊肿，口急，颊车痛，不可以嚼，颊车主之；失欠口不开，医风主之。（《针灸甲乙经》）

腕骨等主颔痛，曲鬓治颊颔肿牙车不得开，急痛，口噤不能言；攒竹等主颊痛。（《针灸资生经》）

口噤，颊车与支沟。（《针灸聚英》）

口噤，颊车、支沟、外关、列缺、内庭、厉兑。（《针灸大成》）

下关，大迎，医风主口失欠。（《千金要方》）

牙关脱臼，颊车、百会、承浆、合谷。（《针灸大成》）

经验选要

顾毅等用皮内针治疗颞颌关节功能紊乱30例，病程均在1月以上，选用34号5毫米长的皮内针埋于阿是穴，每周2次，3次为一疗程，结果显效23例（77%），有效3例（10%），无效4例（13%），总有效率87%。（上海针灸杂志 7（4）:36,1988年）

张针治疗颞颌关节功能紊乱42例，取患侧下关，颊车，双侧合谷，每次选2穴交替使用，电刺激10～20分钟，每日1次，连续3～5次。结果痊愈31例，有效8例，无效3例。（四川中医 3（12）:50,1985年）

评述

本病为临床常见病，一般在功能期有自愈可能，但不管在何期针灸治疗效果较理想，也可配合按摩，局部热敷或红外线照射。若韧带松弛，发生关节半脱位或脱臼时应适当限制下颌骨的过度运动，脱位者首先应手法复位。

万达敏

第二节　皮与皮下感染

皮肤病是发生在人体表面的疾病，病种繁多，其发病因素以风、湿、热、虫、毒、血瘀、血虚风燥、肺肾不足等最为常见。在临床上，由于病情变化多端，往往风热、风湿、湿热或风湿热同时存在，证有虚、实及虚中夹实之分。所以，在辨证时必须仔细审因，加以鉴别。皮肤病的辨证要着意辨认皮肤损害、发病部位，然后确定其性质。皮肤损害，要分清是原发性还是继发性。原发性损害，包括斑疹、丘疹、疱疹、脓疱、结节、风团等；继发性损害，包括鳞屑、糜烂、结痂、抓痕、皲裂、色素沉着、苔藓样变等。凡发病暴急，皮肤损害表现为红、热、丘疹、疱疹、脓疱、糜烂等，伴有渗液或脓液，常见于急性皮肤病。凡起病急者，发病原因多为风、湿、热、虫、毒，属实证，一般与肺、脾、心三脏密彻有关。凡发病缓慢，皮肤损害表现为苔藓样变、色素沉着、皲裂、鳞屑等，常见于慢性皮肤病，发病原因多为血瘀、营血不足、肝肾亏损、冲任失调，

属虚证。一般与肝肾两脏密彻有关。对于皮肤病的施治法则，实证中风寒型治当祛风散寒，风热型治当祛风清热，湿热型治当清热利湿，血热型与热毒型治当凉血解毒，血瘀型治当活血祛瘀；虚证中阴虚火旺型治当补阴降水，脾肾阳虚型治当温补肾阳，肝肾不足型治当补益肝肾，阳虚寒湿阻络型治当温阳通络。针灸对某些皮肤病如果施治得当，确有一定疗效，特别对痒、痛、麻木、烧灼、蚁走感等自觉症状奏效更为明显。

一　急性淋巴管炎

急性淋巴管炎，常由金黄色葡萄球菌或溶血性链球菌，从损伤破裂的皮肤或粘膜侵入，或从其他的感染性病灶侵入，经淋巴间隙进入淋巴管内引起。分为网状淋巴管炎和管状淋巴管炎两种。丹毒，即为网状淋巴管炎（另有论述）。本节重点讨论管状淋巴管炎。中医无此病名，其临床表现的描述多见于红丝疔、䐈病。针灸治疗本证有良好的疗效。

病因病机

管状淋巴管炎，可分为深、浅两种。深层淋巴管炎，患肢肿胀、压痛，不出现红线；浅层淋巴管炎，可出现明显的红线。淋巴腔内有细菌、凝固的淋巴液和脱落细胞，进一步蔓延可引起所属区域的淋巴结急性炎症。中医认为，手足部生疔、足癣糜烂或皮肤破损、感染毒邪。兼之内有火毒凝聚，以致毒流经脉而成。

临床表现

先在手足生疔部位或皮肤破损之处，有红、肿、热、痛的症状，继之在前臂或小腿内侧皮肤上有红丝一条，迅速向躯干方向走窜，上肢至肘部或腋部，下肢至腘窝或腹股沟。这些部位常有淋巴结肿大疼痛，轻者红丝较细，无全身症状；重者红丝较粗，并伴有恶寒发热、头痛、饮食不振、乏力，苔黄，脉细数；甚至此处未愈他处又起，有的2～3处互相串连。

辨证施治

主证：破损或疔疮或足癣感染病灶所致的局部红、肿、热、痛；由局部病灶起始的红丝，并向躯干蔓延；全身症状，包括发热、恶寒、头痛、头昏、恶心、呕吐、便干、尿赤、烦躁、乏力，舌红、苔黄，脉细数。

治则：疏通经络，泄热解毒。

处方：身柱（－）　灵台（－）　合谷（－）　委中（－）

高热，加曲池、大椎；神昏，加水沟、十宣、少海、郄门。

操作方法：进针得气后用提插或捻转泻法，患部从红线的止点处向起点处，每隔1寸，用短毫针或三棱针，刺出恶血。

疗程：每日1～2次，至炎症消失为止。

穴方简释：本方有疏通诸阳经气的作用。督脉统率诸阳，灵台为治疗的经验穴，配身柱，有疏泄阳经邪火、郁热之功效；合谷，为手阳明经原穴，阳明多气多血，泻之以

泄阳明火毒。由于急性淋巴管炎均由破裂、感染或疔疮引起，治疗原病灶是关键，由疔疮引起者，还应根据患部所属经脉取穴，如生于面部手阳明经加取商阳、曲池，生于食指端的取曲池迎香，生于面部足少阳经的加取阳陵泉、足窍阴，生于足小趾的则取阳陵泉、听会。

其他疗法

1.针加艾卷灸：取红丝附近或两旁经穴3～5处，另加红丝头部和根部的阿是穴两处。按照各穴的进针深度针刺得气后用艾卷灸，以患者有舒适的热感为度，从止端向起端缓慢移动施灸，15～20分钟，将原红丝灸成一条红而宽的带子，随即起针。

2.耳针疗法：取神门、肾上腺、皮质下、枕，每次2～3穴，中强刺激，留针30分钟，每日1～2次。

3.梅花针：沿红线叩打至轻微出血。

文献选录

"膈病者，由劳役肢体热盛，自取风冷，而为凉热所折，入于肌肉筋脉，结聚所成也。其状赤脉起如偏绳，急痛壮热，其发于髓者，喜从鼠髓起至踝。……发于臂者，喜从腋下起至手也。"（《诸病源候论·膈病候》）

"红丝疔"起于手掌节间，初起形似小疮，渐发红丝，上攻于膊……"（《外科正宗·疔疮论》）

"凡疔疮心有红丝路，急用针于红丝所至之处出血攻刺疔头四畔出血，若针之不痛，或无血者，以针烧红频烙患处，以痛为度。"（《疡伤准绳》）

经验选要

金安德治疗急性淋巴管炎138例，男84例，女54例，均有手或足的皮肤外伤病损病史，局部红、肿、热、痛等，从感染处的皮肤上开始出现丝状，向躯干方向蔓延，患部肢体不同性质的疼痛、发烧，头痛，恶心，呕吐，便干，烦躁，全身不适，疲乏无力等。治法：用毫针和艾卷，取红丝附近或两旁的经穴3～5处，另加红丝头部和根部的阿是穴两处，得气后，艾条施灸15～20分钟。疗效：全组138例，经用上法针灸1次治愈者109例，占78.9%；2次治愈者18例，占13.04%；3次治愈者7例，占5.07%；经4～5次治疗后虽症状减轻、红丝消失、但原发创口未愈合者4例，占2.9%。（《全国针麻学术讨论会论文摘要》）

李坤久单用针刺治疗急性淋巴管炎5例，疗效达100%，5例中男性4人，女性1人，年龄在26～70岁之间，均经2次治疗而愈。方法：先刺灵台、大椎（用圆针，不留针），然后针刺内关、合谷、内庭，最后沿着红线两端针尖相对，由横刺阿是穴，留针30分钟。（《内蒙古中医药》，1985年第一期）

评述

1.本证是指皮肤破裂、感染、疔疮而造成的浅表管状淋巴管炎症。除局部和全身

症状外，其典型表现为由感染灶起始向躯干蔓延的一条或数条红线。故中医称为红丝疔。

2.本证的症情轻重与原感染灶有关，重者可伴有高热神昏。

3.对本证的治疗，针灸有较显著的疗效，说明针灸有一定的抗炎作用。

4.针灸对本证一般作为辅助治疗，尚须使用其他的外科手段。注意皮肤消毒，密切观察，防止病变。

陈文娟

二　疔疮

疔疮，现代医学列入“疖”的范围，是由葡萄球菌（黄色或白色葡萄球菌）侵入毛囊深部和毛囊周围引起的急性化脓性感染。红肿热痛显著，患处中心出现黄白色脓栓。

本病好发于炎热季节，由于皮肤不洁、高温多汗、局部外伤等因素，有利于细菌侵入繁殖而发病。此外，营养不良、糖尿病、贫血，以及长期服用皮质激素、免疫抑制剂等，使机体抵抗力降低，均可诱发此病。

细菌进入血液，可形成败血症，严重时可危及生命。

细菌进入淋巴管，可致急性淋巴管炎（即中医所称的红丝疔）。

各种年龄的男女均可患本病，本病具有发病急、病程短特点，及时治疗预后良好。

本病初起时，形小根深，有脚坚硬如钉状，故称疔疮。如发于颜面、四肢等部位，因发病的部位和形态不同，故有眉中疔、鼻疔、人中疔、下唇疔、锁口疔、虎口疔、蛇头疔、红丝疔等多种名称。

病因病机

中医认为，平素恣食膏粱厚味，致使脏腑湿热内生，毒从内发，蕴积肌肤，或肌肤不洁，卫阳不固，毒邪侵袭，均可使气血阻滞；夏秋之际，火毒暑湿之邪偏旺，邪毒乘虚而入，导致局部气血壅滞，火毒留恋肌肤，肉腐化脓，而成本病。

临床表现

初起多数是鲜红色的毛囊性丘疹，后逐渐形成紫红色坚硬的小结节，表皮紧张，局部红肿，经数日后疼痛加剧，结节顶端化脓，附近淋巴结肿大，排脓后红肿疼痛可减轻，逐渐痊愈，愈后留有瘢痕。

本病好发于颜面、颈部、四肢等，发于鼻翼及上唇的疔疮，常因挤压、碰伤或过早切开等，而引起顶陷色黑无脓、四周皮肤暗红之肿胀，甚至整个头面部肿大。并伴有高热烦躁、神昏谵语等全身症状，舌质红绛、苔黄糙，脉洪数，此种现象中医称疔疮走黄，亦即现代医学所说的菌血栓引起颅内感染的脓毒血症。此时如处理不当常可危及生命。

辨证施治

初起，患处仅有如粟米样脓头，或痒或麻；以后，渐有红肿热痛，肿块虽不大，但

根深坚硬，形如“钉”状。较重者，伴有恶寒发热，全身不适，如未及时或治疗不当进一步则肿势扩大，疼痛加剧，脓头溃破，伴有发热口渴，大便干结，小便短赤，舌红、苔黄腻，脉滑数，说明火毒暑湿蕴结。

如果出现寒战高热，神识昏蒙，谵语不清、烦躁气急，恶心呕吐，舌红绛，苔黄糙，脉洪数，说明热毒攻心，蒙蔽清窍属疔疮走黄的危候。

治则：清热解毒，佐以化暑湿。走黄者，中西医急救为主。

处方：合谷（－）　委中（－）（双）　大椎（－）　身柱（－）　灵台（－）

根据疔疮所生部位的不同，在邻近的经脉上选取1～2个穴位。如生于足少阳经部位，取阳陵泉、足窍阴；生于手少阳三焦经部位，取外关、天井等。如是红丝疔，则从红线的终点向起点，每隔1寸左右，用三棱针点刺出恶血；如神识昏迷不清，加刺水沟、十宣、郄门，并立即组织中西医进行急救治疗。

穴方简释：大椎、身柱，有疏通诸阳经的经气，并有清热之功；灵台，治疗之经验穴；合谷，泄阳明之火毒；委中，清暑湿、泄热毒。

操作方法：进针得气后行提插捻转泻法，留针15～30分钟，红丝疔用三棱针点刺出血，点刺前必须严格消毒，出血后用消毒棉揩去污血，保持疮面清洁以防感染。

疗程：每日针刺1～2次，红肿热痛明显消退后改为隔日1次。直至痊愈。

其他疗法

1.耳针：取神门、肾上腺、皮质下、枕、相应部位，根据辨证，每次选2～3穴，每日针刺1次，中等刺激，留针30～60分钟。

2 挑治：在背部脊柱两侧寻找丘疹样突起，常规消毒后，用粗针挑刺微出血或粘液，并用消毒棉擦干净，注意局部保洁。

文献选录

“丁肿，灸掌后横文后五指。男左女右。七壮即差。已用得效。丁肿灸法虽多。然此法甚验。”（《资生经》）

“疔疮生面上与口角：灸合谷”“疔疮生手上：曲池（灸）。”“疔疮生背上：肩井、三里、委中、临泣、行间、通里、小海、太冲”。（《针灸大成》）

经验选要

李复峰等报导：粗针治疗疔疮、疖肿、痈2099例。主穴：神道透至阳。配穴：大椎、命门。取穴后，用左手固定棘突上缘皮肤，右手持针以30°刺皮下，继而将针压低贴紧皮肤，针尖在皮下沿棘突中线缓缓向下刺进。主穴进针55毫米，配穴进针40毫米，针的方向和脊柱中线平行，切忌歪向一侧。留针1～6小时，病久者留针3小时左右，病短者留针6小时左右，每日1次，10次为一疗程，病程短体壮配大椎，病程久体弱配命门。痊愈2017例（占96％），无效82例（占4％）。（第二届全国针灸针麻学术讨论会论文摘要）。

宁永礼报导：针刺拔罐子治疗多发性疖肿7例。取穴：天宗、灵台、中枢、身柱，

消毒后用三棱针点刺，立即用中号火罐拔之，10分钟后启下，可拔出深紫色的血液少许，然后再用酒精棉擦净即可。重症可同时在委中穴的皮下浅静脉处放血3毫升。7例病人经1次治愈者3例；2次治愈者2例；3次治愈者2例。（《哈尔滨中医》1960年4期）

评述

疔疮是急性化脓性感染的炎症，是外科的常见病，是发病迅速而有较大危险性的疾患，如果处理不当常可引起"疔疮走黄"而导致发生危及生命的险象。所以本病以外科治疗为主，辅以针灸治疗。针灸治疗具有抗炎作用，能提高白细胞的吞噬能力，并能使机体产生抗体，所以疔疮的初期及中期的早阶段用针灸治疗能收到较好的疗效。假如效果不显著，及时配合外科治疗。

发生"疔疮走黄"时必须采取中西医结合的急救措施，切勿延误时间，避免发生危及生命的事故。

疔疮治疗的同时必须加强观察病情变化，随机应变采取相应的治疗手段。疔疮初起忌挤压、挑治，未成熟忌手术切开，以免感染扩散。由于所生的部位不同，要采用相应的护理方法以促使早期治愈。

于邑军

三　荨麻疹

荨麻疹是一种常见的皮肤病，临床表现为鲜红色或苍白色风团，发生和消退都较快，风团处有瘙痒和灼热感。

本病的风团现代医学认为是由于皮肤和粘膜微血管壁通透性增加和微血管扩张、血清渗出形成局部水肿所致。

由于各种不同内外因子作用于人体，通过变态反应或非变态反应而发生的皮肤病。本病与遗传因素和个体特异过敏素质有一定关系。

任何年龄均可患本病，发病与男女性别、季节无明显差异，体表任何部位和胃肠道均可受累。在寒冷刺激下最易发作，另外精神刺激、物理性创伤、药物、饮酒或食鱼虾等蛋白质食物等均可诱发。

急性荨麻疹可持续数天或数周，反复发作超过3个月以上即称慢性荨麻疹。风团消退后不留疤痕。

本病中医称为痦𤺋、瘾疹、风疹块、游风等。

中医文献早有记载，如《素问·四时刺逆从论篇》："少阳有余，病皮痹瘾疹。"《诸病源候论》："邪气客于皮肤，复逢风寒相搏，则起风瘙瘾疹。"

有瘙痒性风团，突然发生、迅速消退、不留任何痕迹是本病的特征。

病因病机

患者体质多属禀赋不耐，发病有内因和外因二种因素。内因是脏腑功能失常，阴阳

失调，气血失和；外因有表卫不固，汗出当风，复感风寒或风热之邪，邪拂郁于肌肤而发为此病。另外可因食物、药物、生物制品、寄生虫、精神刺激、冲任失调等也可是本病的成因。

临床表现

皮肤首先有痒感，搔之即有浮肿状风团发生，呈鲜红圆形或不规则形风团，多数孤立散在性，直径从黄豆至手掌大小不等，损害中央毛囊口有小凹陷，若风团相互融合可呈地图状，能泛发于全身。

数小时内浮肿减轻，风团消失，但新风团又起，此伏彼起，一日内可发生多次。消退后不留痕迹。

急性荨麻疹也可发生于胃肠道，此时出现恶心呕吐，腹痛、食欲减退，自觉有体内灼热感，口干烦躁，常伴有腹泻，若累及喉头粘膜则呼吸困难，咽喉灼热，甚至窒息。

如有高热、寒战、脉数等全身中毒症状，应警惕有无感染或败血症。急性荨麻疹常持续1周至3个月。反复发作3个月以上者为慢性。慢性荨麻疹全身症状较轻，风团时多时少，反复发作，病程可长达数月甚至有十余年之久。

发作时间无规律性，多数以早晨和临睡前加重，有一日数发，有数日一发，慢性荨麻疹顽固难治。

辨证施治

1. 风寒症：

主证：皮疹色淡红，亦有呈白色的，当遇冷或吹风后发作加剧，得到温热时症状减轻，全身有畏寒感，口不渴，冬季较易发作，舌淡、苔薄白或薄白腻，脉濡缓。

治则：祛风散寒活血。

处方：合谷（±）　尺泽（±）　风门（±）　血海（±）　足三里（±）　三阴交（±）（双）

穴方简释：合谷、尺泽、风门相配，可祛除肺卫之风寒；血海、足三里、三阴交相配，有活血作用，血行则寒自散。

操作方法：进针得气后施行平补平泻手法，留针15分钟。

疗程：发作较甚时，每日针刺1次。10次为一疗程，症状轻缓时隔日针刺1次。

2. 风热症：

主证：皮疹色红，高出皮肤，遇热症状加剧，微恶风发热，口渴心烦，偶有大便干结，夏季多见，舌红、苔薄黄，脉浮数。

治则：祛风清热活血。

处方：风池（－）　合谷（－）　曲池（－）　大椎（－）　血海（－）　委中（－）

穴方简释：风池、合谷，祛外感风邪；曲池、大椎，清邪热；血海、委中，点刺泄以血热。

操作方法：进针得气后施行提插捻转泻法，留针15分钟。血海、委中点刺出血如黄

豆大小。

疗程：风热证多数属急性荨麻疹，每日针刺1～2次。或每日1次，直至风团和全身症状消失为止。

3.表卫不固证：

主证：平素多自汗，汗出以后易发疹，皮疹较小，如绿豆或黄豆大小，很少连结成片，发疹时微恶风，微自汗。反复发作，很难短期治愈，舌淡、苔薄，脉细无力。

治则：固表敛汗。

处方：合谷（－）　复溜（＋）　足三里（＋）　三阴交（＋）（双）　大椎（±）

穴方简释：大椎，诸阳经交会处，有固卫阳之效，合谷、复溜相配，有敛汗作用；足三里、三阴交，调脾胃、和营卫。

操作方法：进针得气后施行提插捻转补泻法，大椎用平补平泻。留针15分钟。

疗程：隔日针刺1次，10次为一疗程，第1疗程结束后停针3～5天，然后进行第2疗程治疗。

4.胃肠实热证：

主证：发疹时伴有脘腹疼痛，呈刺痛或胀痛，腹部拒按，口渴心烦，食欲不振，偶有恶心，大便干结或泄泻，小便短赤，发疹往往与进食蛋白质或某些药物有关，舌红苔薄黄，脉滑数。

治则：泄热通腑。

处方：合谷（－）　曲池（－）　天枢（－）　上巨虚（－）（双）　中脘（－）

穴方简释：合谷、曲池相配有疏风泄热作用，中脘是胃之募穴；天枢是大肠之募穴，上巨虚为大肠之下合穴，三穴相配有通胃肠，泄腑热之功。

操作方法：得气后施行提插捻转泻法。留针15～30分钟，留针过程中捻针1～2次。

疗程：每日针刺1次，5次为一疗程，第1疗程结束后停针2～3天，必要时进行第2疗程治疗。

其他疗法

1.耳针：取神门、内分泌、肾上腺、相应部位，每日针刺1次，每次选取2～3个穴位，中强刺激，留针30～60分钟。慢性荨麻疹可用埋针法。

2.皮肤针：取风门、曲池、血海、三阴交、相应的华佗夹脊穴。急性者，每日1次；慢性者，隔日1次，叩刺至皮肤微红为度。

文献选录

“曲泽治风疹。肩髃治风热瘾疹。合谷、曲池疗大小人遍身风疹。”（《针灸资生经》）

“瘾疹曲池灸随年壮。”（《针灸资生经》）

“曲池，绝骨，委中出血”治风毒瘾疹。（《扁鹊神应玉龙经》）

经验选要

刘济拯等报道：针刺治疗慢性荨麻疹82例。主穴：风市、曲池、足三里。配穴：风池、阳陵泉、合谷。平补平泻，留针20分钟。治愈40例，显效15例，好转8例，无效8例，效果不明11例。（《中医杂志》1959.7）

刘景和报道：针刺治疗急慢性荨麻疹140例。取穴大肠俞。急性者，每日针刺1次；慢性者，隔日针刺1次。均用平补平泻手法，留针30分钟。小儿点刺不留针。急性86例，有效率96.5%，治愈率95.3%。慢性54例，有效率75.9%，治愈率51.8%。观察2月未复发。（《中华皮肤科杂志》1960.3）

评述

荨麻疹在中医辨证分型多寡不一，此篇以常见分型加以论述。引起本病的原因很复杂，所以根治有一定难度，当然中医用辨证施治的方法，每当获得较好的疗效。

有的患者因风团发生于胃肠道粘膜，因而出现腹痛拒按，恶心呕吐等症状时，必须与急腹症加以鉴别。对于发生于喉头粘膜的，则出现呼吸困难，甚至窒息，此时必须以现代医学急救为主。辅以针刺治疗。

总之，针灸对本病有较好的疗效。在中西药物治疗效果不显时，用针刺治疗也有效，有时可以获得意想不到的良好效果。

干邑军

四　湿疹

湿疹是一种常见的表皮的炎症，有瘙痒、糜烂、渗出、结痂、肥厚及苔藓样变等特点的皮肤疾病。

本病内在因素和外界刺激均可诱发。变态反应是本病的主要原因，变应原可以是摄取的食物（鱼、虾、牛羊肉）、吸入的物质（花粉、尘螨、羊毛等）、病灶感染（胆囊炎、肠道寄生虫等），内分泌及代谢障碍（糖尿病、月经等）。外界因素如寒冷、湿热、油漆、毛织品、麦芒刺激。

神经精神因素对湿疹的发病也有密切关系，如精神紧张、苦闷忧虑、失眠疲劳等均可诱发本病。

本病可发生于各种年龄、男女性别和季节无明显差异。全身各部位均可发病，因发病部位和性质的不同，故有不同的名称。

中医对本病的名称有如下几种：泛发全身、滋水淋漓的称浸淫疮；以丘疹为主，抓之出血的称血风疮或粟疮；发于耳部的称旋耳疮；发于手背的称瘑疮；发于乳头的称乳头风；发于脐部的称脐疮；发于阴囊的称绣球风或肾囊风；发于肘膝关节屈侧的称四弯风；发于小腿的称臁疮；发于婴儿面部的称奶癣，此外有女阴湿疹和肛门湿疹等。

急性湿疹中医称谓风湿疡，慢性湿疹称谓顽湿疡。湿疹具有多形性皮损，大多对称分布，自觉瘙痒，反复发作易变成慢性湿疹。

病因病机

本病的发生与风湿热三邪侵袭肌肤有关；精神紧张，忧虑过度，损及脾气，运化水谷失健，停滞为湿，郁久化热，湿热互搏，蕴于肌肤而发病；久病伤血，血虚则生内风，风动则化燥，燥则伤津，肌肤失于津血之濡养而成本病。

临床表现

湿疹的临床表现错纵复杂，皮疹可呈多形性损害，如丘疹、丘疱疹、水泡、糜烂、渗出、结痂、鳞屑、肥厚、苔藓样变、皮肤色素沉着、有时兼有感染等，患者的皮损可单一性，亦可二种以上的皮损同时存在。临床所见以多种皮损同时发生较多见。根据湿疹症状和发病的缓急可分为急性、亚急性和慢性三期，一般由急性移行为亚急性，再由亚急性移行为慢性。有时三期同时存在于同一患者，如慢性湿疹由于搔抓出现某一部位湿润糜烂的急性发作，此时急慢性呈同时存在状态。三期的划分无明显的界限，只能表示皮损的不同变化而已。各期均以瘙痒为自觉症状。

1.急性湿疹：起病较快，损害呈多形性，常对称发生，可发生于全身任何部位，初起水肿性红斑，后起丘疹和丘疱疹，因瘙痒、灼热，常抓破而呈糜烂、渗出，如有继发感染则有脓性分泌物，伴有发热，全身不适等。若无感染，结痂，一般经 3 周左右红肿消退，渗出减少而逐渐痊愈。也可移行为亚急性和慢性湿疹。急性湿疹愈后易复发。

2.亚急性湿疹：急性湿疹的红肿、渗出、糜烂等症状减轻后，病变仍有小丘疹、轻度糜烂、结痂、鳞屑等。瘙痒仍甚。如果治疗得当数周可愈。不及时治疗可转为慢性湿疹。如有刺激甚至可再出现急性发作。

3.慢性湿疹：多数由急性和亚急性湿疹转变而来，也可发病时就为慢性湿疹。主要病变部位皮肤干燥、粗糙、肥厚、苔藓样变、有鳞屑，或部分轻度糜烂、渗出、结痂、色素沉着，慢性湿疹多数为局限性损害，呈对称发病，界限不清，瘙痒呈阵发性，遇热或入睡时瘙痒加剧。反复发作病程可长达数年之久，或更长时间不愈。

湿疹好发部位是：头皮、耳部、口周、乳部、脐窝、股部、肛门、外阴、阴囊、手部等。

辨证施治

1.湿热证：

主证：多呈急性发作，表现为红斑，丘疱疹、糜烂，滋水较多且粘腻，结痂，瘙痒难受，或痒痛兼作，伴有口苦而腻，纳食不馨，大便干结，小便短赤，夜寐欠宁，全身乏力等症状。舌红、苔黄腻，脉滑数或弦滑。本证相当于急性湿疹。

治则：清热化湿止痒。

处方：合谷（－） 曲池（－） 神门（±） 风市（－） 血海（－） 阴陵泉（±）（双）

伴发热，加大椎；纳食不馨，加足三里；大便干结，加天枢、支沟；夜寐欠宁，加内关。

穴方简释：合谷、风市相配，疏风止痒；大椎、曲池，泄风清热；神门、内关，宁心安神；血海、阴陵泉，活血健脾化湿；足三里，健脾和胃化湿；天枢、支沟，通肠腑、利大便。

操作方法：神门、内关、阴陵泉、足三里，用平补平泻手法；其他的俞穴均用泻法。留针15～30分钟，初起每日针刺1次，1星期后改为隔日1次，10次为一疗程，第1疗程结束后停针3～5天，然后进行第2疗程治疗。

2.脾虚湿盛证：

主证：发病较缓慢，皮损处色泽褐红且无光泽，其上有丘疱疹或水泡，兼有渗出粘液，部分可结痂，其瘙痒比湿热证稍轻。四肢困倦，胸闷纳呆，口淡无味而腻，大便稀溏，舌淡、苔白腻，脉濡。本证相当于亚急性湿疹。

治则：健脾利湿。

处方：脾俞（＋） 血海（±） 阴陵泉（＋） 上巨虚（±）（双）

穴方简释：脾俞、阴陵泉，有健脾助运化利水湿；血海和营止痒；上巨虚，调胃肠、除湿邪。

操作方法：进针得气后，脾俞和阴陵泉采用捻转补法，血海、上巨虚用平补平泻手法。隔日针刺1次，留针15～30分钟，每10次为一疗程，停针1周后，再行第2疗程治疗。

3.血虚风燥证：

主证：病程绵长，反复发作，皮损处色泽褐暗干燥，且粗糙肥厚，呈苔藓样变，有血痂、鳞屑，瘙痒剧烈，因搔抓皮损处有滋水渗出，入夜痒感更甚，全身头昏目眩，乏力困倦等。舌淡、苔薄，脉细数。本证相当于慢性湿疹。

治则：养血熄风，润燥止痒。

处方：膈俞（＋） 肝俞（＋） 脾俞（＋） 合谷（±） 血海（±） 足三里（＋） 三阴交（＋） 太溪（＋）

入夜痒甚，加神门、心俞；皮肤肥厚干燥，用七星针在皮损处轻微叩刺至潮红，并加拔火罐。

穴方简释：膈俞，为血会，有养血活血之效；肝俞、血海，理血祛风；脾俞、足三里、三阴交，有健脾养血。血荣则风自熄，血荣则肤自润。合谷，疏风止痒；太溪，滋阴润燥，神门、心俞，宁心安神，七星针叩刺有活血止痒润燥。

操作方法：进针得气后，合谷、血海用平补平泻手法，其余俞穴均用补法。隔日针刺1次，每10次为一疗程，经几个疗程后况可见效。

其他疗法

1.皮肤针：在干燥肥厚的皮损处，常规消毒后，用七星针（即皮肤针）轻轻叩刺至皮肤潮红或微出血，然后拔火罐，留罐5～15分钟，起罐后注意皮肤消毒，以防感染。每星期叩刺1～2次，此法适应于慢性湿疹中的皮肤干燥肥厚型。

2.耳针：取肺、神门、内分泌、皮质下、脾、相应区。根据辨证，每次选取2～3穴，中等刺激，留针30～60分钟。或埋针。急性湿疹每日针刺1次，慢性湿疹隔日针刺1次。

文献选录

曲池“善治……发热更无休，遍身风癣癞。”（《马丹阳十二穴歌》）
血海“主……两腿疮痒湿，湿不可当”。（《类经图翼》）

经验选要

针刺、梅花针治疗湿疹：共19例。治法：①主穴为曲池、环跳、阳陵泉，用中等刺激；梅花针取脊椎两侧，轻叩刺至皮肤发红为度。②局部取穴，如湿疹位于小腿外侧，则于其上方针足三里或阳陵泉，用强刺激，留针10分钟，中间捻转3次；并根据湿疹的大小，在它的下方以梅花针叩打同经络的下巨虚或悬钟、解溪或丘墟，叩打至微出血为止，但勿在湿疹病灶上施针。此外，在疹块间隙处针刺或叩打，效果也很好。效果：19例患者，经用上法治疗后，均获痊愈，其中经1个疗程治愈者有17例，1个半疗程治愈者1例，3个疗程治愈者1例。（高生元《中医杂志》1962.2）

艾卷灸治疗湿疹：共治16例。本组病例均为经过各种药物治疗无效而采用艾条灸治疗者。治法：①取穴：主穴为曲池、血海（均双侧）；配穴：肩髃、环跳、合谷（均双侧）、百会、大椎、天应穴及奇痒处。每日施灸1～2次，在痒时施灸，或隔日1次，每次10分钟左右，在治疗中，有的只灸1穴，有的灸10穴。②操作：点燃艾条，施灸时以有温热感为度。头面部少灸，切忌灸起水泡。效果：16例中，除有2例各进行一次针刺外，其余均为单用艾灸，同样迅速获得治愈，平均施灸时间为五天。（沈田吉《中华皮肤科杂志》1960.1）

评述

湿疹是一种常见的表皮炎症性皮肤病，它的病因和临床表现是多种多样的。中医治疗本病从风、湿、热、脾虚、血虚等方面着手进行，此病缓解症状较易，但根治有相当难度。

本病的发生主要是迟发性变态反应之故，针刺能提高机体抗变态反应的能力，所以针灸治疗有一定效果，尤其在药物治疗结果不显时，针灸治疗更是一种值得选用的医疗手段。在治疗期间忌食辛辣刺激性食物，忌用热水烫洗及有刺激性的洗涤用品，以减少本病的复发。

于邑军

五　痤疮

痤疮是青春期常见的一种慢性毛囊皮脂腺炎症性皮肤病。好发于面部、胸部、背部。常有粉刺、丘疹、脓疱、结节等皮损。此时皮脂溢出增多。

青春期雄激素分泌增多，促使皮脂腺增生肥大，皮脂分泌增多，易瘀积于毛囊内而形成脂栓，即称“粉刺”，长期使用皮质激素者也容易引起本病。

本病与遗传因素有一定关系，好发于15～30岁的男女青年，中年以上极少见到本

病。发病无季节性差异，病程较长，青春期过后有自愈倾向。

中医称本病为粉刺或面皰。患部丘疹如刺可挤出白色如米粒样的脂质，故名粉刺。《医宗金鉴》："此证由肺经血热而成，每发于面鼻，起碎疙瘩，形如黍屑，色赤肿痛，破出白粉汁，日久皆成白屑，形如黍米白屑"。

病因病机

肺经血热，面部属肺，血热熏蒸，留恋肌肤，发为丘疹。恣食膏粱厚味和辛辣之品，脾胃运化失常，生湿生热，蕴于胃肠，运化不健，不能下达，反而上逆，湿热阻于肌肤发为本病。

临床表现

多发于青春期男女，好发于面部、上胸部、背部、肩部等皮脂腺丰富的部位，损害部位与毛囊口一致，呈丘疹样皮损，可分黑头和白头两种。黑头称开放性粉刺，因丘疹的顶端呈灰黑色，可略高出皮肤，若用手挤压毛囊周围，可挤出1～2毫米长的乳白色脂栓，顶端为黑色。白头称封闭性粉刺，呈灰白色小丘疹，如针头大小，不易看到毛囊开口处，所以不易挤出脂栓。

痤疮多呈对称分布可稀可密。如发生感染则为炎症性丘疹，形成脓疱，此时称脓疱性痤疮，若溃破或自然吸收，遗留色素沉着并凹陷而成萎缩性瘢痕。有的形成囊肿、有的形成结节、有的形成脓肿，以上各种形态的皮疹可数种同时存在，以1～2种较明显。多数患者伴有皮脂溢出症。自觉皮损处有痒感，病程长，状症时轻时重，30岁以上病情减轻逐渐自愈，但留下或多或少的凹陷性疤痕和瘢痕性疙瘩，皮肤色素沉着等损害。

辨证施治

1.肺经血热证：

主证：颜面潮红，粉刺高出皮肤，分布在前额、鼻旁为主，有焮热作痒感，或有焮热作痒感，或有脓疱或有结节，舌红、苔黄，脉数。

治则：宣肺清热凉血。

处方：肺俞（－） 膈俞（－） 尺泽（－） 合谷（－） 太阳（－） 迎香（－）（双） 上星（－）

穴方简释：肺俞宣肺清热，膈俞为血会能清热凉血，尺泽为肺经的合穴，清肺经之邪热，合谷能清头面部之血热，太阳、迎香、上星疏通局部经气，达到清热凉血之功效。

操作方法：进针得气后施行提插捻转之泻法，留针15～30分钟。太阳、上星亦可点刺出血如黄豆大小，

疗程：隔日1次，10次为一疗程。未愈，休息3～5天后进行第2疗程治疗。

2.胃肠湿热证：

主证：皮疹可呈脓疱或结节，分布在前额、颊部为多，有红肿疼痛、皮脂分泌增

多，皮肤粘腻，伴有腹胀纳呆，大便干结，小便短赤，舌红、苔黄腻，脉滑数。

治则：清胃肠、化湿热。

处方：颊车（－） 攒竹（－） 曲池（－） 合谷（－） 足三里（－） 内庭（－）（双）

腹胀纳呆，加中脘、天枢；大便干结，加支沟、天枢。

穴方简释：颊车、攒竹，清头面部之湿热；合谷、曲池，清阳明之邪热；足三里、内庭，和胃化湿、疏导阳明之蕴热。中脘，为胃之募穴，天枢，为大肠之募穴。二穴相合，有调胃肠、消积滞之效，支沟合天枢有导滞通便之效。

操作方法：进针得气后用提插捻转之泻法，留针15～30分钟。

疗程：隔日针刺1次，10次为一疗程，一疗程结束后休息3～5天，然后进行下一疗程治疗。

其他疗法

1.皮肤针：选用大椎、肺俞、曲池、血海等穴，常规皮肤消毒后，用七星针叩刺至皮肤潮红或微出血，然后加拔火罐，5～10分钟后去火罐，并用消毒棉擦拭叩打部位的皮肤，1星期治疗2次，10次为一疗程。

2.耳针：取内分泌、交感、肺、神门、肾上腺、上下额、大肠。根据辨证，每次选用2～3穴，隔日针刺1次，中等刺激，留针30分钟，或埋贴王不留行子。

文献选录

“合谷……兼治头上诸般病”。（《针灸聚英》）

经验选要

据陈积祥等报导：针刺治疗痤疮144例临床疗效观察。取曲池、合谷（均双取）为主穴。肺经风热，配大椎、肺俞；脾肺风热，配足三里；冲任不调，配三阴交。单纯针刺组用平补平泻法，留针20分钟；电针组用G6805治疗仪，断续波，每次通电20分钟，均每日1次，20次为一疗程。结果：针刺组57例，痊愈30例，显效25例，无效2例。电针组87例，痊愈76例，显效11例。（《新中医》）

据杨秀报导：针灸治疗痤疮70例疗效分析。取局部：下关、颊车、攒竹为主穴。调整肠胃，加足三里、合谷、丰隆；调整肾精，加关下（关元下5分），邻宫（关下旁开2.5寸），三阴交。手法采用轻或中等刺激。开始时每日针刺1次，10次为一疗程，平均针刺10～20次见效，症状好转后改为隔日针刺一次。腹部穴位必用，可防止复发。局部穴位针刺呈扇面状横刺。留针30分钟。其中51例痊愈（面部痤疮消失为标准）。其他病例疗效不详（作者未提及——编者）。

评述

痤疮是青年男女常见的皮肤病，轻症不需特殊治疗，注意保持清洁卫生即可。

如病变较重又在面部有碍美观，则应该采取相应的治疗措施，痤疮的发生与内分泌

和消化机能有一定关联，针灸根据辨证采用清热化湿凉血等法，可改善机体的上述生理功能，从而减轻发作和达到治愈的目的。在治疗过程中如果女性有月经病，应当同时治疗。皮疹忌挤压以免感染而留下疤痕。同时应少食或忌食辛辣、高脂肪、糖类物品。经常洗涤面部等过多分泌皮脂的部位，保持毛囊的畅通、以减少本病的发作。

干邑军

六 酒渣鼻

酒渣鼻，是一种血管运动神经机能障碍、毛细血管长期扩张所引起的慢性皮肤病。

主要表现为以鼻子为中心出现红斑、丘疹、脓疱以及皮脂腺增生肥大等病理变化。

本病好发于中年以后的男女，女性发病率略高于男性。女性闭经期易发本病，可能与内分泌功能、免疫因素、精神因素、胃肠功能障碍等有关。本病无传染性，对健康无多大影响，不会造成重大后果。

中医对本病认识早在《素问·热论篇》就指出，“脾热病者，鼻先赤”。因鼻色紫红如同酒渣而得名，中医对本病又称酒皶鼻、赤鼻等名称。

病因病机

肺胃积热，上蒸颜面，复感风寒，血瘀凝结而成；嗜酒之人，湿热素盛，感受风寒，内外之邪相搏，气血瘀阻肌肤而病。

临床表现

损害好发于鼻部以及周围，以鼻尖鼻翼为主要，其次为两颊、前额和下颏等部位。患者同时伴有皮脂溢出症。病程漫长，不能自愈，一般无自觉症状。

皮损初起多为毛细血管扩张，扩张的血管呈树枝状，以后逐渐形成红斑，呈弥漫性分布，损害进一步发展，在红斑的基础上，成批出现红色小丘疹，脓疱以及小结节，自针头至黄豆大小不等，此时毛细血管扩张更明显，呈蜘蛛网状。少数患者病程延续达数年之久，可在鼻部皮脂腺和结缔组织增生、毛细血管扩张充血，形成紫红色结节状突起，表面凹凸不平，最后形成瘤状隆起，此时皮脂分泌明显增多。现代医学根据病情分为红斑期、丘疹脓疱期和鼻赘期。

辨证施治

1.肺胃积热证：

主证：鼻部是肺之外候，以鼻为中心皮肤呈弥漫性潮红，对称分布，潮红进一步形成红斑，在进食辛辣之品、情绪激动时症状明显，偶伴咳嗽、口干口苦、大便干结，舌红、苔薄黄，脉数。

治则：清泄肺胃积热。

处方：肺俞（－） 胃俞（－） 曲池（－） 上巨虚（－） 内庭（－）（双）面部阿是穴

穴方简释：肺俞、胃俞为肺胃之背俞穴泻之可泄热。曲池清热利湿，调和营血。上巨虚调胃肠，清湿热。内庭清胃泄热。阿是穴疏通局部经气，清热凉血。

操作方法：进针得气后，施行泻法。留针15～30分钟，面部阿是穴即在皮损处常规消毒后用七星针轻微叩刺至微出血，然后用消毒药棉擦去血迹即可。保持皮肤清洁，防止感染。

疗程：隔日针刺1次，10次为一疗程，一疗程结束后停针5～7天，然后进行下一疗程治疗。

2.湿热血瘀证：

主证：红斑之上出现粉刺样小丘疹，或小脓疱，皮脂溢出粘腻，逐渐形成皮损处浸润肥厚，肤色紫红，凹凸不平，伴有口干腻而苦，大便燥结，小便短赤，舌紫红、苔黄腻，脉弦数。

治则：清热化湿，活血化瘀。

处方：膈俞（－） 脾俞（±） 胃俞（±） 支沟（－） 血海（－）（双） 大椎（－） 阿是穴（－）

穴方简释：大椎清热，膈俞理血化瘀，脾俞和胃俞调脾胃、化湿滞，支沟散瘀结、通肠腑、血海活血化瘀，阿是穴清局部湿热，化局部瘀血。

操作方法：进针得气后，脾俞胃俞施平补平泻手法，其余俞穴均用泻法，阿是穴是在患处用七星针叩刺，方法同肺胃积热证。

疗程：隔日针刺1次，10次为一疗程，一疗程结束后停针5～7天，然后进行下一疗程治疗。

其他疗法

1.耳针：取穴肺、脾、胃、神门、外鼻、内分泌、皮质下。根据辨证，每次选取2～3穴，隔日针刺1次。留针30～60分钟，10次为一疗程。

2.穴位注射：丹参注射液注射迎香穴，每穴0.5毫升，曲池穴每穴1毫升，每星期2次，10次为一疗程。

3.皮肤针：皮损处常规消毒后用七星针叩刺至微微出血，并用消毒药棉擦拭干净，防止感染，最好用消毒纱布覆盖。每星期治疗2次，10次为一疗程。

文献选录

《针灸大成》：“鼻准一穴，在鼻柱尖上，专治鼻上生酒醉风，宜用三棱针出血。”

经验选要

据崔连山等报道，针刺治疗酒渣鼻的初步经验。主穴：印堂、素髎、迎香、地仓、承浆、颧髎；辅穴：禾髎、大迎、合谷、曲池。主穴为必取穴位，辅穴根据皮疹情况选取，采取轻度捻转的进针方式，患者以酸麻感觉为度，留针20～30分钟，每2～3日针刺1次。病程1～10年不等，针刺治疗次数5～41次，平均为11次，皮疹及自觉症状完全

消失而痊愈者7例，显效7例，好转6例（文中对其中一例患者未提及）。（《中医杂志》1964年3期）

评述

酒渣鼻是中年以后发病的慢性皮肤病，本病的发生可能身体素质有关，长期嗜酒、内分泌、精神因素和消化功能亦与本病的发生有着一定的关联。中医辨证认为，病之初起偏血热，中晚期偏血瘀，针刺治疗能达到清热凉血，活血化瘀的功效，同时能调整胃肠消化功能，所以针刺治疗能收到一定的效果。由于病程缓慢，因此必须经过数个疗程才能见效。在治疗过程中，要始终注意保持皮肤清洁，避免皮脂过多而阻塞毛孔。忌食酒类和辛辣食物，宜进食清淡而易消化食物，以减少湿热蕴结胃肠，从而达到减少本病的发生。

于邑军

七　斑秃

斑秃，是一种骤然发生的头发呈斑状脱落、可无其他自觉症状的疾病。

本病可能是高级神经中枢功能障碍，引起皮质下中枢及植物神经功能失调，使毛乳头血管痉挛、毛发营养障碍而导致。精神过度紧张或过度疲劳，均可促使脱发加剧。此病与免疫、内分泌功能障碍有一定关系。

本病可发生于任何年龄，但以青壮年多见。发病与季节无关，无传染性。

中医称本病为油风，俗称鬼剃头、咬发癣。

病因病机

脾胃虚弱，气血生化不足，毛发失养，风邪乘虚侵袭，导致风盛血燥。情志不遂，肝气郁结，伤及心气，气郁则血行不畅，而致气滞血瘀、毛发失养。肝藏血，发为血之余，肾其华在发，肝肾不足亦可导致毛发脱落。

临床表现

常突然发病，头部出现圆形或椭圆脱发，直径常为1～2厘米，界限清楚，一般无自觉症状，脱发常为偶然发现。秃发区皮肤光滑无炎症反应，脱落之发上粗下细，毛球萎缩。病情如进展，损害区周围毛发易脱落，从而形成大片脱落，或数片脱发区，形成不规则的斑秃。个别也有出现眉毛、胡须、腋毛、阴毛等脱落。病程可持续数月至数年不等。

斑秃大多数可自行恢复，恢复期头发较细软呈黄白色毫毛，以后逐渐变粗硬、变黑色，最后恢复正常。

辨证施治

1.风盛血燥证：

主证：脱发时间较短，微痒，全身皮肤干燥而无光泽，稍有头晕，伴有失眠，舌淡红、苔干薄，脉浮数。

治则：祛风养血。

处方：风池（－） 膈俞（＋） 足三里（＋）（双） 百会（±） 阿是穴

失眠，加内关、三阴交。

穴方简释：风池、百会，有祛风通经之效；膈俞，为血会有和营活血；足三里，健脾胃、生化气血，使毛发得以濡养；阿是穴，有活血泄风作用。

操作方法：进针得气后，泻风池，补膈俞、足三里，百合用平补平泻；阿是穴是用七星针叩刺，至皮肤潮红，或微出血。或沿斑秃区沿皮刺。

疗程：每日针刺1次，10次为一疗程，第1疗程结束后停针5～7天，然后开始第2疗程。

2.气滞血瘀证：

主证：病程较长，常伴有心情抑郁、头痛、胁肋胀痛，斑秃处偶有头皮青紫，夜寐欠宁，舌有瘀斑，脉细涩。

治则：行气活血化瘀。

处方： 膈俞（±） 血海（±） 三阴交（±） 行间（±）（双） 百会（±）阿是穴

头痛，加太阳；胁肋胀痛，加阳陵泉。

穴方简释：百会，平肝息风；膈俞、血海、三阴交，活血化瘀；行间，行气解郁；太阳，疏经止痛；阳陵泉，利肝胆止胁痛；阿是穴，行气活血。

操作方法：进针得气后，诸穴均施以平补平泻手法；阿是穴，用七星针叩刺至皮肤潮红或微出血为度。

疗程：每日针刺1次，10次为一疗程，第1疗程结束后停针5～7天，然后进行第2疗程治疗。

3.肝肾亏虚证：

主证：病程久长，斑秃较重，甚至全秃，伴头昏目眩，耳鸣，夜寐不宁，多梦，健忘，舌淡、无苔，脉濡细。

治则：补益肝肾。

处方：风池（±） 肾俞（＋） 志室（＋） 太冲（＋） 太溪（＋）（双） 百会（±） 阿是穴

穴方简释：风池、百会，有活血作用（发为血之余，活血有助于发之生长）；肾俞、志室、太溪，补肾阴、滋毛发；太冲，为肝之原穴有柔肝之效。

操作方法：进针得气后，用提插捻转补法。斑秃处用七星针叩刺至潮红。

疗程：每日针刺1次，10次为一疗程，第1疗程结束后停针5～7天，第2疗程开始改为隔日针刺1次。经数疗程后才能见效。

其他疗法

1.耳针：取肾、内分泌、交感、肾上腺、神门、肝；根据辨证，每次选取2～3穴，隔日针刺1次，中等刺激，留针30分针至1小时。或埋针，3～7天更换一次。

2.艾条灸：用点燃之艾条在斑秃之部位熏灸，灸至皮肤微红灼热为度，每日1次，10次为一疗程。

3.鲜姜茶擦：用鲜姜切开，在斑秃处茶擦至皮肤微红为止，每日 1 次，或一天用七星针叩刺，一天用姜擦交替进行治疗。

文献选录

"发毛焦脱：下廉"。（《针灸大成·头面门》）

经验选要

据阎世燮报导，"头三针"治疗脱发。主穴：防老（百合后 1 寸）、健脑（双）（风池下 5 分）。配穴：两鬓脱发甚者，加头维；头皮瘙痒，加大椎；油脂分泌多者，加上星。防老穴补法，针刺 3 ～ 5 分，针尖斜向前方，穿皮刺（沿皮刺），针感较大，效果好。健脑穴补法，针刺 2 ～ 3 分，针尖斜向下方，使气血下行，此穴在皮里肉外，过深过浅效果不好。

每日 1 次（体弱者隔日1次），10次为一疗程。留针15～30分钟，起针时并施雀啄术，促使长发。

共治108例，痊愈70例，占81.5%，较好38例，占18.5%，有效率为100%，其中斑秃70例，痊愈55例，较好15例。（《江苏中医杂志》1982年 6 期）

据张家维报导，电梅花针治疗斑秃36例，选用晶体管治疗仪，将输出线一根接于梅花针上，另一根接于铜棒或铜夹子上。另一种是将二根输出线分别接在两个梅花针组上，即为双头电梅花针。常规消毒后，给病人握铜棒或铜夹子，启动治疗仪开关，电流量刺激强度以病人能耐受为度，频率70～90次/分，先密刺脱发区及风池穴，至皮肤发红或微出血为度，然后由后颈部至尾骶部叩打脊柱两侧，并对脊椎正中由上而下叩打各椎体间叩刺三下。行术约10分钟，每日或隔日 1 次，7 次为一小疗程，14次为一大疗程。休息 7 ～10天后，可继续第 2 大疗程。治疗间歇可用当归或丹参注射 1 ～ 2 毫升作肾俞（双），膈俞（双），三阴交（双）穴位注射，隔日 1 次，每次取 2 ～ 3 穴。一般 1 ～ 4 大疗程后，均能长出新发。有的原来的白发亦有减少，对头痛、失眠、健忘等症亦可改善。（《新中医》1980年 1 期）

评述

斑秃是由于过度疲劳、强烈的精神刺激或长期的睡眠不足所引起的毛发疾病。

发为血之余，肾之外候，所以中医治疗斑秃，往往从活血化瘀益肾着手，针刺可以激发红白细胞的生长，促使神经兴奋，这有利于头发的生长。

七星针叩刺疗法是一种行之有效治疗斑秃的方法，但不是几次所能奏效的，必须坚持数个疗程方可收到效果。治疗期间必须做到心情开朗，睡眠充足，忌食辛辣刺激食物，并注意头发和头皮的卫生，但忌用肥皂洗头。

干邑军

八　神经性皮炎

神经性皮炎，是以阵发性剧痒和皮肤苔藓样变以及与精神情绪有密切相关的慢性炎症性皮肤病。

本病又称慢性单纯性苔藓，现代医学的病因学尚未明确其发病因素，可能与大脑皮层的兴奋、抑制失调有关。精神紧张、过度劳累、机械性刺激等原因可诱发本病。

好发于颈项部、骶尾部等部位，以青中年人患此病较多见，发病与性别、季节无明显差异。

因患处皮肤坚硬而厚、状如牛皮，故中医称谓牛皮鲜，又好发于颈项部，又名摄领疮，此病缠绵难治，反复发作，故称顽癣。

病因病机

本病是风、湿、热之邪蕴阻肌肤，脉络不畅所致。日久风热炽盛、情志紧张、思虑劳累过度等，均可导致营血不足、血虚生风化燥、肌肤失去濡养，故而出现皮肤粗糙，白屑脱落。衣领摩擦和搔抓刺激也可促使本病诱发。

临床表现

初起时皮肤痒感，有阵发性加剧，开始时皮肤无损害，后搔抓或摩擦等刺激，日久皮肤变肥厚呈苔藓样变，皮损上丘疹密集，皮损中央明显肥厚，皮疹呈多角形，皮纹增深，边缘处多角形皮疹变小、变薄，与正常皮肤界限分明。

患部皮肤干燥、浸润肥厚、碎小鳞屑、皮肤呈暗褐色。表面可有抓伤、出血结痂、糜烂渗出。自觉阵发性瘙痒，入夜更甚。好发部位是颈项、骶尾部、妇女外阴、肘部、腘窝、股内侧、阴囊等处。

病程缠绵，数月数年不易治愈，症情时轻时重，愈后易复发。

辨证施治

1.风湿热证：

主证：见病之早期，皮损以丘疹为主，有大片浸润性红斑，有抓伤、有血痂、有渗出。烦燥、瘙痒阵发，小便短赤，大便干结，苔薄黄或黄腻，脉弦滑数。

治则：祛风清热利湿。

处方：风门（－）　风池（－）　曲池（－）　合谷（－）　血海（－）　阴陵泉（－）　三阴交（－）

病变在颈项部，加列缺；在肘部，加尺泽、小海；在股内侧，加箕门；在腘窝，加委中；烦躁、痒甚，加神门，病损局部围刺。

穴方简释：风门、风池，可祛风止痒；曲池、合谷，可清热疏风；血海、阴陵泉、三阴交，可活血、健脾、利湿。

操作方法：进针得气后行泻法，热偏重可在风门、曲池点刺出血。留针15～20分钟。

疗程：隔日针刺1次，10次为一疗程，第1疗程结束后，停针3～5天，然后进行第2疗程治疗。

2.血虚风燥证：

主证：病程较长，皮损呈苔藓样变，局部肥厚，结痂脱屑，状如牛领之皮，瘙痒，入夜更甚，舌淡、苔薄、脉细。

治则：养血疏风润燥。

处方：膈俞(＋) 合谷(±) 曲池(±) 足三里(＋) 阴陵泉(＋)(双) 气海(＋)

穴方简释：血会、膈俞，理血活血；合谷、曲池，疏风和营；补足三里、阴陵泉，健脾胃、生营血、滋润燥。

操作方法：进针得气后，行提插捻转补泻法，留针15～20分钟。

疗程：隔日针刺1次，每10次为一疗程；第1疗程结束后，停针3～5天，进行第2疗程治疗，经几个疗程后才能见效。

其他疗法

1.皮肤针：常规消毒后，用七星针在干燥肥厚的患处，轻轻叩刺，直至皮肤潮红或微出血，然后再拔火罐，隔日一次。此方适用于血虚风燥证为主。

2.艾条灸：用艾条点燃来回薰灸肥厚之患处，每日1～2次，每次15～20分钟，直至皮肤微红有灼热感为度，避免起泡。

3.耳针：肺、神门、肾上腺、皮质下、肝、相应区。每次根据辨证选取2～3穴，中等刺激，每日1次或2日1次，留针30～60分钟。或耳穴埋针。

文献选录

"血海主治诸血疾，兼治诸疮病自轻"。(《针灸聚英》)

经验选要

许坚报道：梅花针治疗神经性皮炎62例。其中男52例，女10例。年龄以21～40岁者为多，占全组病例的79%，病程最短者为1个月，最长者达10年以上，发病部位多见于颈后、肘窝、腘窝、四肢内侧等。以颈后最多。治法及取穴：①整体刺激，其部位为脊柱两侧(从颈椎至骶椎)。②重点刺激，即于脊柱检查发现之阳性部位。③局部刺激，即病变的局部及其周围。效果：痊愈者10例，显著进步者16例，进步者36例，治疗次数，最少者为2次，最多者48次。(《哈尔滨中医》1960年6期)

刘华报道：小艾炷灸治神经性皮炎，皮损局部涂以大蒜汁，置艾炷(如火柴头大小)于蒜汁皮肤上，每炷间距1.5厘米，灸后覆盖消毒敷料。每10天一次，至皮损正常后停止。灸治120例，近期痊愈率达89%。灸后不可用酒精、肥皂等刺激物搽洗患处，同时忌食刺激食物。(《中医杂志》1980年2期)

评述

神经性皮炎是神经障碍性皮肤病，由于中枢神经和周围神经长期受到有害刺激而诱

发本病。

中医古典文献，内经中早已记载“诸痛痒疮，皆属于心”这说明了本病与神经精神因素有关。所以本病在治疗的同时要避免精神紧张和过度疲劳，禁烟酒、忌辛辣之食物，对皮损处尽量减少搔抓和日光照射刺激等。

本病属慢性反复发作性的顽固难愈的皮肤病。病程可长达数年之久，虽然中西药物均能暂时缓解症状，但彻底根治甚难，针灸对本病的治疗具有镇静止痒（调整大脑皮层兴奋、抑制功能），活血祛风的效能、方法简便，但能收到较好的效果。

于邑军

九　扁平疣

扁平疣，又称青年扁平疣，因患者是青少年。好发于颜面、手背及前臂，为硬性的扁平丘疹。

本病由乳头瘤病毒所致，属双链DNA病毒。可由病人传染或自身接触传染，皮肤损伤常可引起病毒感染，疣的潜伏期为2～6个月，其发病与免疫功能有关。

扁平疣中医又称“扁瘊”。

病因病机

风热毒邪搏于肌肤或因怒动肝火、肝旺血燥、气血凝滞而成。

临床表现

好发于颜面、手背及前臂，发病较快，呈扁平丘疹，如针尖、绿豆或黄豆样大小，圆形或不规则形，略高出于皮肤，其色呈浅褐色、淡红色或正常肤色，表面光滑，境界明显，质地较硬，损害多数为散在性或簇聚成群。一般无自觉症状，或稍有微痒，能自行消退，亦可复发，愈后不留瘢痕。病程缓慢，可达数月至数年之久。

辨证施治

主证：皮疹色淡红，隆起于皮肤，痒感质硬，口干口苦，心烦眩晕，舌红、苔薄黄，脉浮数。

治则：清风热，解邪毒，佐活血。

处方：风池（－）　颧髎（－）　曲池（－）　合谷（－）（双）　大椎（－）

痒感，加血海、神门；口干，加太溪；心烦眩晕，加内关、行间。

穴方简释：风池，祛风解热；颧髎，清解局部邪热；大椎、曲池、合谷相配，能清面部诸阳经之热毒；血海、神门相合，活血和营宁神止痒；太溪，养阴；内关、行间相配，除心烦、解肝火。

操作方法：进针得气后，除太溪用平泻手法外，其他俞穴均泻法。留针15～30分钟。

疗程：一般隔日治疗1次，10次为一疗程。皮疹较多者，每日治疗1次。

其他疗法

1.耳针：取肾上腺、神门、枕、内分泌、皮质下、相应区，每次选2～3穴，中等刺激，留针15～30分钟，或耳穴埋针，春冬季节5～7天更换一次，夏秋季节3～5天更换一次。

2.艾条灸：用点燃艾条在皮疹处熏灸，灸至皮肤微红，有灼热感为度，注意避免起泡，每日灸1次，10次为一疗程。

文献选录

“赘疣诸痣灸奇穴，更灸紫白二癜风，手之左右中指节，屈节尖上宛宛中”。（《医宗金鉴》）

“着艾炷疣上灸之，三壮即除。支正治生疣日”。（《针灸资生经》）

经验选要

据邱再晶报道：揿针治疗青年扁平疣102例。其中男77例，女25例。取穴：肺、肾、皮质下为主，配相应部位，双耳交替，冬季每周换一次，多汗季节3天换1次，每日轻揉1～3次。揿针3～6次疣全部消失（痊愈）者75例；7～10次疣部分消失或减退（好转）者17例；无效者10例。有效率约为90％。（《中国针灸》1983年3期）

据戴秋孙报道：耳针治疗面部扁平疣46例疗效观察。本组发病均在颜面部，仅个别手背和前臂伸侧伴发，多数无自觉症状，17例局部有痒感。取穴：肺、神门、面颊、皮质下、内分泌。每次选3穴，每日针1次，每次留针30～40分钟。对个别不能每天就诊者，改用耳穴埋丸。结果：基本痊愈、显著进步各8例，进步23例，无效7例，总有效率达84.8％。（《江苏中医》1986年3期）

评述

疣是由病毒引起的常见皮肤病，祖国医学在内经中已有记载，又如《诸病源候论·疣目候》：“疣目者，人手足边忽生如豆，或如结筋，或五个，或十个，相连肌里，粗强于肉，谓之疣目。”

疣的种类繁多，扁平疣是其中一种而已，好发于青少年，尤以青春期的少女较多见，其扁平丘疹，可自行消退，但亦较易复发，尤其在搔抓后感染可引起剧痒，因发病在面部有碍美观，因针灸治疗能提高机体的免疫力，从而增加抗病毒的能力，促使丘疹的早日痊愈，针灸是治疗扁平疣有效而简单易行的方法。

于邑军

十　皮肤鳞状细胞癌

皮肤鳞状细胞癌，简称鳞癌，又名棘细胞癌或表皮样癌。本病起源于上皮细胞，是皮肤癌中最常见的一种组织类型，约占皮肤癌的30％。其发展较快，破坏性大，恶性程

度高，可以伸入结缔组织、软骨、骨膜及骨骼，也可以转移到附近的淋巴结或发生内脏转移。

鳞癌类似中医文献中的“翻花疮”，其病恶肉增殖，推之不动，破烂紫斑，渗流血水，秽气薰蒸，愈久愈大，越溃越坚，终属败证。是一种预后较差，比较难愈的恶性疾患。

病因病机

脾虚失运，湿痰内生，与风毒相搏，致经络阻闭，气血凝结而发病。或因气血不足，寒湿毒邪客于皮部，阻滞经络，致该部皮肤失养所致。或与强烈日晒，受煤焦油长期刺激有关，由于不良因素的长期刺激使该部皮肤增殖变质而发病。

临床表现

鳞癌多半发生于中年及老年人，是由角化病、粘膜白斑病或其他癌前疾病转变而成。它可以发生于皮肤及粘膜的任何部位，尤其容易发生于皮肤粘膜连接处、面部、下唇、手背、乳房及阴部等处。

初起的皮肤损害往往是一个干燥的疣状小结节，基部较硬，表面呈暗红色或有毛细血管扩张。损害逐渐扩大，表面常有角质物而不易剥离，用力剥离则易引起流血，剥离后复长出角质物质。以后，中央可以发生溃疡，溃疡的边缘可显著隆起及充血。有时初起损害是一个微小而坚硬的红色斑块，表面有许多鳞屑。损害逐渐扩大，经过几周或几月以后，可以发生带痂的浅溃疡，剥除痂后所出现的溃疡面是坚硬的，并有颗粒状突起。以后，损害陆续扩大，可和深部组织粘连，成为坚硬的肿瘤，边缘翻起，损害表面破溃而成菜花状，有众多的颗状突起，其间含有脓液。有接触性出血，味恶臭。

病情发展较快，后期有难以忍受的剧烈疼痛或瘙痒，伴有食少纳差，全身乏力，消瘦。舌质淡、苔白腻，脉沉缓。或因出血不止，而有形瘦面皖，心神不宁，头昏眼花，舌质淡、苔薄白，脉沉细等症。

辨证施治

1.脾虚湿滞证：

主证：肿块如堆粟，表面破溃，创面有渗液，边缘高起坚硬，翻如花状，伴食少纳差，乏力倦怠，消瘦。舌质淡，苔白腻，脉沉缓。

治则：温经散结，健脾化湿。

处方：阿是穴(瘤体局部1点或数点为穴)

酌情选配公孙（△）、三阴交（△）（双）。

穴方简释：主穴根据瘤体大小，局部取1点或数点，与阿是穴相似。应用电热针治疗，既可起到温经通脉、理气活血的功用，又能通过皮部经络的传导，调整整体机能。配穴选公孙和三阴交，前者为足太阴脾经“络”穴，与足阳明胃经联系紧密，又为八脉交会穴之一；后者是足三阴经相交之穴。二者合用可加强健脾化湿、疏经通络、理气活血的作用。

操作方法：阿是穴，采用电热针按2支/平方厘米选穴进针。电流强度为100～140mA，留针40分钟；公孙（双）、三阴交（双），用艾卷温和灸，每穴15分钟，以穴位皮肤潮红稍润为度。

疗程：每日或隔日治疗1次，10次为一疗程，疗程间隔3～5天。

2.气血两虚证：

主证：皮肤肿块，破溃后不易收口，边缘隆起，中央溃疡，隆起部翻如花状，伴形瘦面皖，心神不宁，头昏眼花，舌质淡、苔薄白，脉沉细。

治则：温经散结，补益气血。

处方：瘤体局部取1点或数点为阿是穴

酌情选配膈俞（△）双、膻中（△）。

穴方简释：主穴的临床意义如前所述。配穴膈俞，为血之会穴，此穴施灸，主治一切痈疽恶疮发背妇人乳痈等证；膻中，为气之会穴，有益气、理气之功。两穴合用，重点在于补血益气、行气活血，从而达到治愈本病的目的。

操作方法：阿是穴施术方法同上，膈俞、膻中用艾卷温灸，每穴15壮以皮肤潮红、稍润为度。

疗程：同上。

文献选录

反花疮者，由风毒相搏所为。初生如饭粒，其头破则血出，便生恶肉，渐大有根，脓汁出。肉反散如花状，因名反花疮。凡诸恶疮，久不瘥者，亦恶肉反出，如反花形。（《诸病源候论·反花疮候》）

翻花者乃头大而蒂小，小者如豆，大者若菌，无苦无疼，揩损每流鲜血，久亦虚人。……。（《外科正宗·反花疮第四十九》）

翻花疮相当于现代医学的鳞状细胞癌，是一种生疮溃后，胬肉如菌，触之出血，状若翻花的皮肤恶性肿瘤。（《皮科便览》）

鳞癌初起结节坚硬，边缘高起，中有角质，状如鱼鳞，不易剥离而得名。类似中医文献中的“翻花疮”。（《实用中医外科学》）

凡癥块结積之病，甚宜火针。……。破痈坚积结瘤等皆以火针猛热可用。（《针灸聚英》）

电热针具有火针、温灸的共性，热辐射可以引入机体穴位深部，热效应集中于一定的几何区域。……。电热针经过长期临床验证，可以改善、调整气血运行，有疏通经络、活血化瘀、软坚散结、解凝止痛的作用。（《电热针及电热针治癌简介》）

经验选要

唐学正等于1980年开始做了电热针对小鼠可移植性癌抑制作用的实验观察，结果经一次性肿瘤局部治疗对荷前胃鳞癌小鼠治愈率为60%，肿瘤完全消退率70～80%，肿瘤生长抑制率70～100%；对荷乳腺癌小鼠治愈率50～68%，肿瘤完全消退率为76～83.3%，肿瘤生长抑制率为84.8～90.6%，对荷肝癌小鼠治愈率为70～88%，肿瘤完全消退率为

88.2～90%，肿瘤生长抑制率为82.4～94.4%（《中国针灸》1984年第1期）。笔者于1986年做了电热针对小鼠可移植性Lewis肺癌的抑制作用的实验观察，结果其肿瘤生长抑制率为87.2～96.4%。

唐学正等在1983年开始应用电热针治疗皮肤癌50例，其中包括一部分鳞癌患者。结果近期治愈5例，肿瘤完全消退11例，显效6例，总有效率为70%。

评述

电热针治疗皮肤癌是根据中医理论和历代文献对有关肿瘤的论述而应用的，是中医针灸治癌的一个组成部分，配合艾卷温和灸，即可以达到温阳健脾、益气补血、疏通经络、祛瘀散结的目的，更重要的是电热针保持并发展了火针的特点，克服了现代医学加温手段之不足，能够把热效应直接引入瘤体中心，热辐射途径是由组织深部到体表，根本上改变了加温治癌的送热途径，根据肿瘤不同部位和大小之异，从不同方向可以进行多点针刺，瘤体内散热均匀，瘤体中心组织炭化，表面温度可达到43～50℃，且不损伤正常组织。

中医治疗皮肤癌，多用中药内服或外敷，一般认为："瘿有可针割，而瘤慎不破耳。"（《圣济总录》下册）。"翻出一肉，突如菌，如蛇形，长数寸，……，若误用针刀蚀灸必危，慎之。"（《东医宝鉴》卷八）。但是，电热针的问世突破了这一禁区。实践证明，电热针治疗皮肤癌疗效较好。且电热针治疗，在肿瘤消退以后，局部愈合良好，不留疤痕，病理也可转为正常皮肤组织。这些特点，适合颜面及外阴等部位的皮肤恶性肿瘤，结果既能使癌瘤完全缓解，又可保护器官功能、容貌或外形美观。

电热针治癌，同现代医学的加温治癌的机理基本一致。目前关于加温治癌的机理比较公认的有以下几种：①肿瘤组织有效血流量明显低于正常组织，因此较正常组织散热慢而蓄热高；肿瘤组织血流灌注量少，可致营养乏于正常组织。这两点是其致死的原因所在。②癌瘤组织的含氧量及酸碱度均较正常组织低，故对高温的敏感性高。③加热后癌瘤组织细胞内线粒体髓鞘样变和空泡化，导致呼吸抑制而死亡，溶酶体活性增强，促使癌细胞自溶崩解。

现代医学加温治癌机制研究表明，加热对癌细胞有明显的选择破坏作用。因此，在加热治癌的同时对正常组织几乎没有什么损害。电热针对皮肤鳞癌的疗效机制也在于此。

夏玉卿　李汉友

十一　白癜风

白癜风，是一种以局部色素脱落为特征的常见皮肤病。本病易诊而难治，影响美容。世界上所有种族均可罹患。国外，本病发病率较高，如美国居民中估计不少于1%，我国较欧美为低，据苏北一些农村调查，患病率为0.09～0.15%。

中医学中亦称白癜风，或白驳风，早在隋·巢元方所撰之《诸病源候论》中即有描述："面及颈项身体皮肉色变白。与肉色不同，亦不痛痒，谓之白癜"。

病因病机

中医学认为，白癜风的病因病机有三：一为六淫外袭于肌表，肺气不宣，郁于经络，影响卫气周流，毛窍闭塞而成；一为肝郁气滞，气血违和，血不荣肤所致；亦可因肝肾不足，水火失济，外邪乘虚而入，气血不和发为本病。

现代医学中迄今尚未对本病病因完全弄清，主要认为可能与遗传、自身免疫、黑色素细胞自身破坏等有关。

临床表现

本病为后天发生，可始于任何年龄。皮损处色素完全脱失，呈乳白色，边缘境界清楚。白斑大小、形态不一，可发于任何部位，但较常见于面、颈、手背、腕、前臂、面、颈、生殖器及其周围等。患处毛发亦可变白。但无任何自觉症状。日晒后皮损部可有灼痒感。

病理检查可见患处表皮明显缺少黑素细胞及黑素颗粒。

辨证施治

1.外感湿热：

主证：白斑呈粉红，多发生于颜面七窍周围或项下，并有夏秋进展快，冬春不扩大的现象。日晒或遇热，可有肤痒。以中青年多见。舌红、苔微黄腻，脉濡或略数。

治则：清热利湿。

处方：血海（－） 三阴交（－） 脾俞（＋） 阿是穴（±）

酌情选配侠下（－）（肱二头肌外侧缘中1/3与下1/3交界处之稍上方）。

穴方简释：血海属脾经，既可清血热，又有祛湿之功。三阴交亦属脾经，为足太阴、厥阴、少阴之交会穴，功专健脾化湿，通经络，调气血；脾俞为脾脏之背俞，针之亦可清利湿热；阿是穴，则能加强疏调局部气血的作用。侠下为近来发现的验穴，刺之出血，多有效。

操作方法：经穴均采用提插为主配合小幅度捻转之泻法，阿是穴为皮损区，用梅花针作中度叩打，以出血为度，叩后可用艾条薰灸，至局部潮红为度，取以热清热之意。侠下穴刺血，未出血者可加拔火罐。除侠下穴每周1次外，余穴均隔日1次。10次为一疗程。

2.气血不和：

主证：白斑淡红，分布无一定规律。如为肝郁其发病进展常与思虑有关，多见于女性，并伴有月经不调；如为肾虚，则可因劳倦、房事等加重，以男性为主，常伴阳萎、头晕。脉弦或细，舌暗或淡苔薄。

治则：肝郁为主，舒肝解郁，利气活血；肾虚为主，补益肾气，调和气血。

处方：曲池（±） 行间（－） 合谷（±） 三阴交（＋）（双） 癜风穴（△）肝郁，加肝俞（－）；肾虚，加肾俞（＋）、太溪（＋）。

穴方简释：曲池为手阳明之合，合谷为手阳明之原；考阳明为多气多血之经，气血

不和，多与阳明有关，故取此二穴以通调气血。行间为肝之荥穴，针之以畅调肝气，三阴交为足三阴经交会，补之可益阴补气，均可达调和气血之目的，癜风穴，位于中指末节鱼腹下缘正中之横纹稍上，乃古人治本病之要穴。如本病为肝郁所致，泻肝俞以舒肝利气；若为肾虚造成，补肾俞、太溪以增益肾脏之气。

操作方法：曲池、合谷，针刺得气后，先以提插探寻之法，促使针感向上传导，继用提插加捻转之法反复施行平补平泻之法。行间，用提插泻法；三阴交，用捻转补法；癜风穴，用艾炷（炷如麦粒大），灸三壮，不发泡。余穴按常规针刺法。

疗程：隔日针1次，10次为一疗程。间歇3～5天继续针刺。

其他疗法

1.耳针：取交感、内分泌、神门、肺为主穴，肾上腺、腮腺、枕、膈、相应部位为配穴。每次选2～3主穴，1～2个配穴，均双侧。探得敏感点后，即以图钉形揿针刺入穴位，留针5～6天。另换穴位再作针刺。亦可用王不留行子或磁珠按压，方法同上。

2.埋线：取曲池、阳陵泉为主穴，膈俞、肺俞、胃俞、脾俞、肾俞、膻中、关元、外关、三阴交为配穴。选医用肠线00号、0号、1号各一瓶（每瓶100根，每根长4～5厘米）。每次取主穴2个，配穴5～7个，做好标记，在穴位下0.6寸处为埋线进针点。常规消毒、局麻后，左手持镊夹住备用的羊肠线，将线中央置于皮丘上，右手持埋线针缺口向下压线，以15度角向穴位中心边注药边埋线，直至线头全部进入皮内，再埋入0.5公分以消毒棉球按在针孔上，上贴小方胶布即可。1～3日埋线1次，3次为一疗程。

3.刺血：取侠下穴为主穴，癜风穴为配穴。主穴以三棱针刺出血，癜风穴用药艾灸三壮（仅灸单侧），灸药处方为：五倍子、桑叶、威灵仙、当归、川芎、白蔻仁各100克，石菖蒲、白芥子各30克，全蝎10克，共研细粉。上法每周施行1次。

文献选录

治白癜灸法：五月五日午时，灸膝外屈脚当纹头，随年壮两处，灸一时下火，不得转动。（《千金备急要方》）

白癜：灸两乳间，随年壮，立差。（《千金翼方》）

癜风：灸左右手中指节宛宛中，灸三、五壮。（《外台秘要》）

经验选要

李洪福，以艾条点燃对准白斑处熏灸，距离以患者能忍耐为度，灸治时可由外向内一圈圈地缩小灸治范围，初灸至白斑处皮肤高度充血，渐灸至与正常皮色接近，共治8例，痊愈6例。（中国针灸，3(3)：29，1983年）

杨秀芳等，用胶布贴油菜子，贴于所选耳穴：肾上腺、肺、内分泌、枕、膈，配心、额、皮质下、交感、脑点、神门及相应部位上。贴压时，虚寒症按压要轻，实热症按压要重，每日按压数次。共治疗227例白癜风患者，痊愈11例，显效70例，好转127例，无

效19例。（新医学 14(11)：581 1983年）

评述

白癜风是一种难治病，目前中西药物均无明显的治疗效果，针灸治疗无疑是开辟了一条新的途径。鉴于本病尽管无明显的不适症候，但影响美容，给患者带来沉重的心理负担，因此，从这一角度说，针灸有较大的治疗价值。

针灸治疗白癜风，首见于唐·孙思邈所撰之《备急千金要方》，但历代记载不多，见多采取经外奇穴之法。现代针灸治疗本病的报道则直到本世纪八十年代才逐渐增多。国外（斯里兰卡）也有关于针灸治疗本病获得显效的个案报道。综观目前所用的方法，以体针、艾灸及梅花针叩刺、耳压较为多见，用穴位埋线、电针等也有一定效果。从目前已经积累的近300例病例看，其有效率在90％以上，但治愈率较低。且因为各地疗效标准不一，因此，针灸对本病的确切效果，尚有待进一步证实，尤其是远期疗效。至于针灸治疗本病的机理，还没有见到这方面工作的文章，显然，有必要在今后加以重点探讨。

张仁

第三节　乳房疾病

一　急性乳腺炎

急性乳腺炎，是乳房部最常见的外科急性化脓性疾病，多见于产后尚未满月的哺乳期妇女，尤以初产妇更为多见，但不论男女老幼与哺乳无关也可发病。

现代医学认为，本病主要因细菌（主要为金黄色葡萄球菌）侵入乳腺和乳腺管组织而引起的乳房感染。

中医学称为乳痈，根据发病时期和病因不同又有几种名称，如在哺乳期发生的，称为外吹乳痈；在怀孕期发生，称为内吹乳痈；不论男女老幼与哺乳等无关而发生的，名非哺乳期乳痈，又名干乳子。如《窦氏疮疡经验全书》曰："外吹乳者，小儿吮乳，吹风在内故也；内吹者，女人胎有孕，其胎儿转动，吹风在外故也。"《疡医大全》曰："又曰不乳儿妇人患乳名曰害干奶子"。《外科全生集》说："妇人被儿鼻风吹入乳房以致闭经，内生一块红肿作痛，大谓痈，小谓疖"。故乳痈虽有多种名称，但症状描述与急性乳腺炎基本一致。

病因病机

乳头属足厥阴肝经，乳房属足阳明胃经，本病多由肝气郁结、胃热壅滞，复因乳头破裂、乳汁积滞、风热火毒乘机侵入，致使经络阻塞、气滞血凝而发病。

1.内因：

（1）情志内伤：肝主疏泄，能调节乳汁的分泌，新产妇精神紧张，或忿怒郁闷，饮食厚味，致肝胃失和，乳络不通，乳头堵塞，排乳不畅，酿成乳痈。

（2）胃火炽盛：男子可由胃火炽盛，壅于乳房而生。

（3）胎气上冲：妊娠期胎气上冲，结于阳明之络而成。

（4）胎热蕴结：初生小儿患此，多由胎热蕴结，加之先天性乳头内缩，因挤伤染毒而成。

2.外因：

（1）乳头破碎：初产妇乳头娇嫩，如婴儿含乳而睡，或用力吮吸或咬嚼乳头，皆可引起乳头破碎，乳汁蓄积，郁久化热酿毒进而腐肉成脓。

（2）外邪侵袭：破碎的乳头为外邪侵入之门户，亦有乳头未见明显破碎，而感受外邪客热，蕴积肝胃之络，致使乳汁蓄积而发乳痈。

（3）断乳不当：断奶时乳汁壅滞，乳房膨胀，始则结成奶块，继则郁结不散，亦可形成乳痈。

临床表现

本证以乳房红肿疼痛为主，初起乳房结块，肿胀疼痛，排乳困难，恶寒头痛，全身不适，如不及时治疗，则高热不退，局部跳痛，半个月左右形成脓肿，脓出后热退肿消。血白细胞及中性白细胞明显升高，如脓出不畅，肿势不消，疼痛不减，身热不退，可能出现袋脓或脓液波及其他乳囊，可行局部穿刺抽脓，以确定其脓肿存在。

辨证施治

主证：

①初期：乳房部肿胀疼痛，并有结块（或者无块），乳汁分泌不畅，同时可有寒热，头痛骨楚，或有胸闷口渴，呕吐，食欲不振，舌苔薄白，脉象浮数等。

②成脓：若持续发热疼痛，10日左右不见减轻，硬块中央渐软，按之应指的，为脓熟阶段。

③溃后：溃破出脓后，一般肿消痛减，逐渐痊愈。如脓流不畅，脓汁清稀，收口迟缓，面色少华，舌淡脉细为气血两亏。

治则：清热泄毒，通利乳道。

处方：肩井（－）　少泽（－）　膻中（－）　乳根（－）

酌情选配足三里、内关、曲池、合谷。

操作方法：少泽点刺出血；肩井，取患侧，针0.3～0.5寸（禁直深刺），捻转泻法，持续行针3～5分钟；乳根、膻中，用捻转泻法，要求针感向患侧乳房放散；余穴用提插捻转泻法。

疗程：每日1次，每次留针30～60分钟。

穴方简释：乳房系足阳明胃经，乳头属足厥阴肝经，肩井系手少阳三焦经、足少阳胆经、足阳明胃经与阳维脉之会穴，故有平肝泻胆、通经活络、散瘀破结之功效，为治疗本病主穴，少泽系小肠经之井穴，能疏通乳腺闭塞，使气行血活的功效。配膻中、乳根，以通利乳道，数穴共奏，有清热泄毒、通利乳道之效。如乳房肿痛、恶寒发热，可配内关、足三里、曲池、合谷等穴，以加强宽胸理气、清阳明热毒，使壅者得通、热毒得

清、结者得疏，则乳痈可愈。

其他疗法

1.艾灸：取膻中、乳根，隔蒜灸5～7壮，每日灸2次。

2.穴位放血：取附分、魄户、膏肓、神堂、譩譆。发热，加大椎、陶道。乳中型，取膏肓、魄户、神堂；乳上型，取膏肓、魄户、附分；乳下型，取膏肓、神堂、譩譆。皆取患侧，用三棱针点刺，每穴放血3滴即可，每日1次。

3.腕踝针：相当于内关穴点上，皮下平刺。

文献摘要

乳肿痛：足临泣。（《针灸大成》）

乳痈：膻中、大陵、委中、少泽、俞府。（《针灸大成》）

经验选辑

许志新等报道：穴位放血疗法治疗急性乳腺炎1000例，治愈970例，占97%，有效而留硬结者18例，占1.8%，无效化脓者12例，占1.2%。主穴：附分、魄户、膏肓、神堂、譩譆；配穴：大椎、陶道。用三棱针点刺，每穴放血3滴，每日1次，穴位放血后，让病人侧卧于床，令患侧上肢肘关节屈曲，将前臂压于身下，以手麻为度，配合局部热湿敷，每日3次，每次30分钟，有明显乳汁潴留者，配合震荡排乳法，使乳汁流出。

谢伯合等报道：针刺加前臂放血治疗急性乳腺炎124例，总有效率为99.2%。其中单侧86例，痊愈41例，占47%，显效37例，有效7例，无效1例；双侧38例，痊愈20例，占52%，显效12例，有效6例。一天内痊愈61例，占49.2%，2～3天内显效49例，占39.5%，4～5天内有效13例，占10.5%，超过5天以上无效1例，占0.8%。取穴：肩井穴为主，直刺0.5～1寸，留针20分钟，同时前臂放血，放血点自大陵至曲泽穴，每1.5点上用三棱针点刺放血共7针，挤出血液1～3滴，每日1次，一般取患侧为主，严重者双侧放血。

熊新安等报道：灸膻中、拨天宗，治疗急性乳腺炎47例。痊愈43例，占91.6%，显效3例，占6.3%，好转1例，占2.1%。取穴：膻中，隔蒜灸5～7壮，天宗以左手固定肩部，右手拇指尖作分筋样的推压拨动，手法稍重，使局部酸痛，连续左右来回拨动6～7下为一次，反复拨动3～5次，此时大多可见患侧乳头有乳汁流出，随即疼痛明显减轻，每日灸、拨各2次，一般2～3次可治愈。

评述

针灸治疗急性乳腺炎以初中期效果良好，脓熟阶段以切开排脓为佳。对本病的治疗，古今医家均以疏通乳道，促进排乳通畅为原则，如《外科全生集》：“以消为贵，以托（脓溃）为畏”就是这个道理，早期发现，早期采用针灸及穴位放血疗法，局部热敷等治疗，疏通乳络，达到“以消为贵”的治疗目的。

本病属一种实热证，遵照古训“实者散而泻之”，“血实宜快之”的道理，选择与

乳房有关的肝、胃经穴位，用泻法及放血疗法，达到导热外泻，消肿止疼目的。

郑蕙田

二　乳腺增生病

乳腺增生病，亦称乳房囊性增生病，是妇女的多发病之一。从国内多数资料看，本病发病率在10％左右，城市高于农村。现代医学对乳腺增生病的原因和发病机理还不十分清楚，多认为与精神和内分泌因素有关。1978年全国肿瘤防治会议已将此病列为乳癌前期病变。

中医学中称为乳癖。最早记载于明代《外科活人定本》一书中，清·高锦庭所著《疡科心得集》中描述颇详："乳癖乃乳中结核，形如丸卵，不疼痛，不发寒热，皮色不变，其核随喜怒为消长。多由肝气不舒郁结而成，若以痰气郁结非也"。从发病因素到临床症状都有较为全面的认识。

鉴于本病发病率较高，病程长而少数病人可能发生恶变，已越来越引起人们的注意。目前，现代医学对本病尚无特效疗法，而中医，特别是针灸却有良好的效果。

病因病机

中医学认为，本病与肝郁气滞和冲任失调有关。因乳房为肝胃二经所司，足太阴脾经亦与之相邻，如内伤情志，肝郁气结，气机阻滞，气血为之逆乱；脾气结滞，水湿失运，痰浊内伤，凝结于乳房，以外上方为多见，色白漫肿，随喜怒而消长。而冲任属于肝肾，内伤情志，亦可化火而耗伤肾阴，多产坠胎伤血，肾脏亏损，脾胃受伤，气血亏少，冲任失调，气机不畅而结块于乳房。

现代医学也观察到，乳腺增生患者在生气或精神受刺激时，疼痛即有明显加重，多数患者性格急躁，其次发现这类病人，多患有生殖系统病变。在病理上，则有乳腺小叶、腺泡上皮、乳管、纤维组织的单项或复合增生。

临床表现

1.乳房胀痛：胀痛的程度不一，并具有周期性，常发生或加重于月经前期。

2.乳房肿块：肿块常为多发性，可见于一侧，亦可见于双侧，可局限于乳房的一部分，亦可呈分散于整个乳房。扪查时感肿块呈结节状，大小不一，质韧不硬，无粘连而可被推动。肿块在经期后可能有所缩小。

本病尚有病程较长、发展缓慢，有时可有乳头溢液等表现。

辨证施治

1.肝气郁结：

主证：乳房胀痛结块，多于生气后加重，拒按，心烦易怒，肿块随喜怒而长，口苦咽干，舌暗或有瘀斑、苔白微腻，脉弦。

治则：疏肝理气，消坚散结。

处方：

①屋翳（－）　膻中（±）　阳陵泉（－）

②天宗（±）　肩井（－）　肝俞（＋）

酌情选配合谷（－）、太冲（－）、侠溪（－）。

穴方简释：本病病因在肝，肝气不舒，常导致胃经经气不畅，乳房为胃脉所过，气血凝滞则结块且痛，故选屋翳以通局部经气、消其坚结，肝俞以疏肝气。气会膻中，针之可宽胸理气，阳陵乃少阳之合，肝胆互为表里，且足少阳行于肩腋、胸胁，取之而疏导肝胆郁结之气，取肩井，亦同此义。天宗虽为小肠之穴，但以善治乳病而功著。合谷，手阳明之原；太冲，足厥阴之原，能加强疏导阳明、厥阴经气，侠溪更有泻肝火之功。

操作方法：屋翳穴进针呈25°向外刺入1.5寸，有胀感，作捻转泻法。膻中穴向上平刺，使针感向剑突放射，用捻转泻法。肩井穴针尖向前斜刺1寸，有胀麻感向肩前放散；天宗穴针尖呈25°向外下方刺入1.5寸，有胀重感，其它穴可行提插捻转补泻法，留针15～20分钟。

2.冲任失调：

主证：乳房胀痛，时轻时重，胁肋隐痛，双乳房结块呈结节状，月经前增大，经后自觉肿块缩小，胀痛减轻或消失。多伴月经不调，或不孕妇女多见，舌淡、苔薄，脉细。

治则：补益肝肾。

处方：乳根（±）　膺窗（±）　太溪（＋）　肝俞（＋）

酌情选配三阴交（＋）、足三里（＋）、肾俞（＋）、太冲（＋）。

穴方简释：太溪为足少阴之原、肝俞为肝脏经气转输之处，应用补法，可滋肾水，益肝阴；冲任得充；乳根、膺窗，乃病变局部之腧穴，以平补平泻之法，疏调局部经气。前者属治本，后者属治标，标本同治，可化块散结。如气血不足，加脾经之三阴交，胃经之足三里，以健脾运胃，资生化之源，使气血旺盛；更取肾俞、太冲补之，加强补益肝肾之功，自可使冲任通调，气机舒畅，乳房结块自消。

操作方法：乳根、膺窗，直刺，进针得气后用平补平泻之法；太溪，针尖略向上斜刺，肝俞，针尖向脊柱方向成45度角斜刺，施以捻转补法。配穴均用提插补法。

疗程：每隔日施治1次，10次为一疗程，疗程间隔3～7天。

其他疗法

1.冷冻针灸：取膻中、乳根、阿是穴（增生部位中央），以电子冷冻增热针灸仪治疗。上穴均取，针刺至得气后，平补平泻，留针15～20分钟。留针期间将灸柄温度调节至－10～－20℃。每日1次，6～12次为一疗程。

2.激光：取阿是穴（增生部位），以小功率氦-氖激光器照射，输出功率5～7毫瓦，光斑直径1.5～10.0微米不等（视增生部位之大小）。患者取仰卧位，暴露患部，以龙胆紫药水在阿是穴标志后行垂直照射患部，距离为10～20厘米，如病灶面积较大，可用散光镜头照射或分区照射。每次照射20分钟，如分区照射，每区照射5～10分钟。10次为

一疗程，疗程间休息 4 ～ 7 日，继续下一疗程。

3.微波针：分两组取穴，①乳根、阳陵泉；②膺窗、膻中。气滞痰瘀，配丰隆、足三里；气滞血瘀，配膈俞、血海。主穴每次取 1 组，配穴每次根据辨证选 1 ～ 2 穴，应用微波针灸仪治疗，将无针幅射器置于所取穴位上，调整调节器幅度，使患者有温热感为度。输出电压20～25伏。开始治疗每穴为20分钟，症状减轻后，每穴15分钟。每日 1 次，10次为一疗程，疗程间隔 5 ～ 7 天。经期停针。

4.耳针：取乳腺*、内分泌。配小叶增生，配冲门；囊性增生，配乳根（体穴）。主穴均取，配穴据症而加。病变在单侧者，取一侧，双耳交替针刺，在双侧者，两侧均取。耳穴，在寻得压痛点后，刺入略作捻转后留针。乳根穴，采取向上和向外上与胸壁平行针刺，采用大幅度捻转手法。耳针，留针 2 ～ 3 小时，体针留针15～20分钟。每日 1 次，10次为一疗程，疗程间隔 3 ～ 5 天。

经验选要

郭诚杰，治疗乳腺增生病500例。主穴取屋翳、膻中、合谷、天宗、肩井、肝俞等，肝火者去合谷加太冲、侠溪，肝肾阴虚去肝俞加太溪，气血双虚去肝俞、合谷，加脾俞、足三里，月经不调去合谷加三阴交，胸闷去合谷加外关。结果住院150例中，治愈101例（67.33%），显效33例（22.01%），有效 8 例（5.33%），无效 8 例（5.33%），总有效率达到94.67%；门诊350例中，治愈129例（36.65%），显效104例（29.71%），有效100例（28.57%），无效 17例（4.87%），总有效率为 95.31%，较之豆提物注射组，西药及中药组，疗效均显著（P＜0.01）。（中国针灸，6(4):2,1986年）

郑少祥，采用灸法治疗25例男性乳腺增生，取主穴乳中、足三里，肝火去足三里、太冲，气血双虚加气海，肝肾阴虚去足三里加太溪，用艾条灸，肝火者用泻法，灸20分钟，气血双虚、肝肾阴虚者用补法，每灸40分钟。火力要足，灸后以胸内及下肢发热及酸、困感为度。日灸 1 次，10次为一疗程，结果愈13例，显 6 例，有效 4 例，无效 2 例。（上海针灸杂志(3):30，1987年）

评述

乳腺增生是妇女乳房最多见的疾病，约占乳房良性肿瘤的70～80%，但乳房内的肿块也不单一是乳腺增生引起的。乳腺癌在妇女恶性肿瘤中居第二位，是严重危害妇女健康的疾病，因此，对乳房的肿块，及早作出正确诊断是十分必要的。

乳腺增生病属于心身疾病之一，据统计，本病与妇科病有关者约占70%左右，性情急躁易怒者约占本病的80%左右，因此调理月经，防治妇科病，戒怒去忧，保持乐观情绪，对本病的防治十分重要。

针灸对本病有良好的效果，为增强疗效，亦可配合服用中西药物，中药如乳消方（当归10克、赤芍15克、柴胡10克、茯苓10克、莪术10克、昆布15克、海藻15克、郁金10克、白芥子 9 克、青皮10克，水煎服），西药则用甲基睾丸素（每日 5 ～15毫克，月

---

* 乳腺穴位置：对耳轮部与屏上切迹同一水平处（即胸穴）下方。

经后10日开始服用），不宜久服，亦产生副作用。

近年来通过实验研究初步证实，针刺治疗乳腺增生病的机理，可能与针刺降低患者血浆E_2含量，使T和P浓度升高等有关。其获得疗效的途径可能是针刺使 E_2 在体内的分泌减少，代谢加快，从而使紊乱的内分泌系统得以调节而恢复正常；此时，也可能与针刺降低了乳腺靶细胞对E_2的敏感性并提高机体的免疫功能有关。

张仁

第四节　肛门疾病

一　痔（附：痔术后疼痛与排尿困难）

痔又叫痔疮或痔核，是肛管直肠下端的痔静脉丛曲张扩大形成的静脉团。为一种常见的肛门病，多见于成人。痔典型的症状是在肛门直肠处形成隆起的痔核。根据这个特征，《医学纲目》解释说："如大泽中有小山突出为峙。"因痔的形状、位置不同，又有牡痔、牝痔、脉痔、血痔及内痔、时痔、混合痔、子母痔等。

病因病机

痔疮的病因，迄今还不完全清楚，中医认为与以下因素有关。

1.久坐、久站、久行或负重过度：《外科正宗》有"夫痔者……担轻负重，竭力远行，气血纵横，经络交错……以致浊气流血流注肛门，俱能发痔。此患不论老幼男妇皆然"之说，这与血液瘀积于下、气血不畅有关。

2.饮食不节、便秘或腹泻：《素问·生气通天论》有"因而饱食，筋脉横结，肠澼为痔"，《外科正宗》有"夫痔者，乃素积湿热，过食炙煿，……又或酒色过度，肠胃受伤，以致浊气瘀血流注肛门，俱能发痔"之说，大量饮酒、嗜食辣椒及芥末、胡椒、大蒜等，易使肠胃产生湿热，浊气瘀血下注于肛门则生痔疮。习惯性便秘，因用力排便或下蹲过久，容易使直肠肛门发生瘀血而诱发痔疮。此外，久泻、久痢或久咳，也容易使直肠肛门郁血而产生痔疮。清代《医宗金鉴》说："有久泻、久痢而生痔者"，"久病咳嗽而后生痔者"。

3.妇女妊娠：妇女妊娠后随胎儿一天天长大，直肠肛门部位易受到胎儿的压迫而血行郁滞，大便排出困难，再加上分娩时的用力，所以妊娠后患痔疮的特别多。据调查，妇女患痔的人数和男性相当，特别在生育过多的妇女中，十人就有六、七个患痔疮。故《外科启玄》说："痔曰肠澼是也，妇女因产难，久坐或经行时气怒受冷湿，余血渗入肛边而生"。

4.房事过度或忍精不泻：行房时可引起会阴部充血，所以房事过度或忍精不泻也可加重直肠肛门部充血，成为痔疮的诱因。

5.先天因素：《窦氏外科全书》记有痔病："父子相传者，母血父精而成"。《薛氏医案》亦有"痔疮之症或禀受胎毒……"。调查显示痔疮有在一个家族中比较集中反

映发病的现象。总之，诸因所致，气血下坠，结聚肛门，宿滞不散则冲发为痔。故《普济方·痔漏门》有："气与血俱滞，乘虚而坠入大肠，此其所以为痔也。"

临床表现

根据部位不同可将痔疮分为内痔、外痔和内外混和痔三种。发生在齿线上方的是内痔，下方的是外痔，而上下混合在一起的就是混合痔。

内痔的主要症状为出血和脱出。无明显疼痛。出血鲜红，便后即止，长期出血会导致贫血。内痔可以分为早期、中期和晚期：早期内痔又叫一期内痔，是指大便时滴血但不脱出肛门外的小痔核。大便时流血，痔核脱出肛门外，便后自己能回到肛门内的叫中期或二期内痔。每次排便痔核都脱出肛外，咳嗽、用力、劳动时也可脱出，必须用手还纳或休息后才能回到肛内的叫晚期或三期内痔。

外痔核是生长在肛门外边隆起的肿块。主要症状为坠胀疼痛有异物感。一般有以下几种类型：①血栓外痔，多因大便秘结，用力排便而使肛门小静脉破裂，血液渗漏到肛门皮下，瘀积成一个隆起的小血肿而成。以突然发病，疼痛剧烈，坠胀不适，在肛门左右两侧形成发硬的瘀血块为特征。②结缔组织型外痔，系由肛门边缘皮肤及皮下组织因湿热内蕴引起结缔组织增生而成。以肛缘或肛门周围皮肤赘生隆起，形成高低不平的皮赘，形状可如鸡冠、鼠奶、莲子、葡萄等。一般不痛，仅感大便不适，擦不干净。生育多的妇女多见此痔。③静脉曲张型外痔，由痔下静脉曲张而成。平时不明显，用力排便时可看见肛缘有暗紫色肿块，触之柔软，不痛，常见于内外混合痔。④炎性外痔，由肛缘炎症引起。局部有水肿或红肿、疼痛、发热等症状。

辨证施治

1.气滞血瘀证：

主证：大便时痔核脱出肛外，呈青紫色或暗红色，鲜血点滴而下，肛门坠胀疼痛，或痔核内血栓形成，疼痛剧烈。兼见大便不畅，腹胀，食欲不振，口唇周围、舌系带或腰背部有暗红色小斑点，舌质紫暗，脉沉涩。

治则：活血化瘀，理气消痔。

处方：长强（－）　会阳（－）　大肠俞（－）

酌情选配承山（－）、二白（－）、燕口（－）。

穴方简释：本方具活血化瘀，理肠中气机、凉血消痔之功。长强、会阳，位于肛门旁，有直接通调直肠肛门经气、活血散瘀、止痛消痔作用；大肠俞，理肠中气机、通调大便；配承山，因属足太阳膀胱经，其经别下尻五寸，别入于肛，取之可疏导经气、散瘀止痛之意；二白，为治痔要穴；燕口，位于口角之旁，为人之口与肛门出口上下相应，有下病上取之妙，具良好止血消痔作用。

操作方法：针刺得气后行泻法，留针5～10分钟。使针感直达肛门直肠区，有明显麻胀感。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

2.气虚血亏证：

主证：排便出血时停发，经年不愈，痔核脱出，不能自行还纳，肛门坠胀。兼见头昏，气短，面色发白，四肢无力，贫血，舌淡、苔白，脉虚。

治则：补气养血，固脱消痔。

处方：百会（＋）　长强（＋）　燕口（＋）

酌情选配命门（＋）、肾俞（＋）、三阴交（＋）、上仙（＋）、攒竹（－）。

穴方简释：百会，升阳益气、举陷固脱；长强、燕口，止血消痔；配命门、肾俞，补虚益气；三阴交，养血活血；上仙，位于十七椎下，灸之有消痔之功；攒竹，在上，可调下病、止血治痔。

操作方法：用补法，百会、命门、肾俞、上仙艾灸，或针灸并用。

疗程：每日1次，10次一疗程。

其他疗法

1.耳针：取痔核点、直肠为主穴，大肠、三焦为配穴。针刺、压丸或埋针法，每日针刺1次，10次一疗程。压丸或埋针每周1次，4次一疗程。

2.挑治、割治：取腰骶部痔点（红色小疹点，按之不褪色）、龈交（掀起上唇，痔患者上唇系带上端常有突起小肉或红色小疹点）。常规消毒皮肤，用三棱针或圆利针，挑破痔点；龈交，在腰骶部可挑出几根皮下纤维组织（呈白色细丝状），或割治龈交。

3.电针：取痔俞（命门穴两侧旁开1寸许）、会阳、长强、承山为主穴。便血，加二白；脱出，加气海、肾俞。每次选2～3穴，稍重刺激，得气后接电针治疗仪，每穴通电5分钟，使产生麻胀感，每周2～3次，10次一疗程。

文献选录

“痔痛，攒竹主之；痔，会阴主之，凡痔与阴相通者死，阴主诸病，前后相引痛，不得大小便，皆主之。痔骨蚀，商丘主之。痔，篡痛，飞扬、委中及承扶主之。痔篡痛，承筋主之。”（《针灸甲乙经》）

“飞扬主痔篡伤痛”；“商丘、复溜，主痔血泄后重”；“承筋、承扶、委中、阳谷主痔痛，久冷五痔便血灸脊中百壮”。（《备急千金要方》）

“治便血10穴：复溜、太冲、会阳、下廉、幽门、太白、小肠俞、阴交、腹哀、劳宫。”（《针灸资生经》）

“痔漏：命门、肾俞、长强、三阴交、承山”。（《类经图翼》）

“五痔：委中、承山、飞扬、阳辅、复溜、太冲、侠溪、气海、会阴、长强。”（《针灸大成》）

经验选要

韩岗等，用龈交穴割治法治疗痔疮100例，治愈64例，显效24例，有效10例，无效2例。割治方法：医者以左手或右手拇、食指，翻起患者上唇，如唇内正中与牙龈交界处的系带上有形状不同、大小不等的小滤泡及小白疙瘩。用红汞棉球或新洁尔灭消毒后，

用小止血钳将小滤泡或小白疙瘩夹起，剪除或切除即可，出血少许即完成割治术。（《中国针灸》6(6):19；1989）

李毅文用挑治加针刺治疗痔疮50例，基本治愈21例，总有效率80％。取穴：八髎、腰俞、长强。操作：患者反坐在靠椅上，选好穴位，常规消毒，局麻（2％普鲁卡因0.2～0.5毫升）。医者用左手拇食两指捏起腧穴部位皮肤，右手持自制锋针（两面锐，一面钝）于经络循行呈横行挑破皮肤0.5厘米，再用锋针的平钝面沿口向下挑治0.5～1.0厘米深，将皮下脂肪挑断，挑出乳白色纤维样物，以挑口下面基本无阻碍为止。术毕碘酒、酒精消毒，覆干棉球后，胶布固定。长强穴用1.5寸巨针直刺0.8～1.0寸，不留针，7天为一疗程。（《中国针灸》4(4):32,1984年）

评述

针刺对痔出血、疼痛、脱出有明显改善症状作用，可较快止血、止痛。挑治或割治对早、中期内痔有明显治疗效果，使出血停止，症状消失，近期疗效甚佳，但远期疗效较差，往往会复发。目前的报道缺乏远期疗效观察，是其不足之处。

附：痔术后疼痛与排尿困难

痔术后疼痛和排尿困难是各种痔手术（切除、结扎、枯痔钉、药物注射等）后最常见的并发症。

疼痛多由手术创伤、结扎不当、感染、炎症反应等引起；排尿困难或尿潴留多由肛门剧痛、腰麻、骶麻及排尿环境改变等引起，多数属反射性排尿困难。针灸对疼痛和排尿困难有双重效果，优于药物治疗和其它方法，故在肛门直肠外科中有广泛应用，除用于痔处，还常应用于肛瘘、肛门周围脓肿、肛裂、直肠肛管癌等引起的疼痛和排尿困难。

1.疼痛：

处方：长强（－）　承山（－）　束骨（－）

酌情选配合谷（－）、行间（－）。

穴方简释：长强，有直接作用于肛门括约肌，解除痉挛而止痛功效。承山，是治痔要穴，《玉龙歌》有："九般痔漏最伤人，必刺承山效若神"，其止痛效果神速。束骨，为膀胱经所注之俞穴，主治痔痛。配合谷、行间，可增强清热解郁、消肿止痛之功。

操作方法：泻法。严重疼痛可埋针治疗。

疗程：每日1～3次，以止痛为度。

2.排尿困难或尿潴留：

处方：气海（－）　关元（－）　曲骨（－）　三阴交（－）

酌情选配阴陵泉（－）、阳陵泉（－）、行间（－）。

穴方简释：气海、关元、曲骨，可理下焦气机、疏通膀胱、利尿解闭；三阴交、阴陵泉、阳陵泉、行间，可调解膀胱、尿道气机、止痛解痉挛，使尿闭得通。

操作方法：平补平泻法。留针10～20分钟，亦可针后加艾灸，或热敷。

疗程：每日1～3次，使尿通为度。

其他疗法

1.耳针：取膀胱、肾、尿道、三焦，每次选1～2对穴。强刺激，10～15分钟行针捻转1次，留针40～60分钟。

2.水针：取足三里、三阴交，用新斯的明或维生素B_1，注入穴内0.2～0.5毫升。

3.贴敷：取气海、关元，大葱带根半斤、食盐半斤，共捣如泥，炒热后贴敷于小腹气海、关元穴处。

经验选要

周云鹏等，用埋针治疗肛门手术后疼痛102例，优（疼痛立即消失）71例(69.6%)，良（疼痛逐渐减轻）28例（27.5%），差者3例。取穴：束骨。方法：将皮内针2只，局部常规消毒后，针尖朝足跟，靠赤肉处，呈25°刺入3分，外用胶布固定。留针24小时。（《中医杂志》(5):49，1980年）

赵宝文，针刺承山穴治痔术后疼痛100例，显效70例，好转20例，有效7例,无效3例。针刺方法：俯卧位，术者一手托患者足跟，嘱其用力着术者掌心，另一手取穴，以2寸毫针，快速进针1.5寸，强刺激，捻转每分钟350次左右，以患者针下酸麻，针感向腘窝、小腿、足底部放散为度。留针30分钟,5分钟行针一次。（《中国针灸》6(2):23，1986年）

胡伯虎，治痔术后尿贮留50例。贮留时间最长16小时，最短8小时。取气海、关元、曲骨、三阴交，平补平泻，得气后留针15～20分钟。年老体虚者加艾条灸5～10分钟。结果47例解除贮留，3例效果不佳，导尿（其中2例为老年性前列腺肥大，1例精神过度紧张)。针灸后可见膀胱收缩，内压上升而促使尿液排出。（《中国针灸》7(2):56，1987年）

评述

针刺治疗痔疮具有肯定近期疗效，能迅速止血、止痛、消肿。对早期、中期内痔有控制发作，基本治愈作用。对晚期内痔有改善症状作用。对术后止痛，解除尿潴留有速效、高效，优于其它疗法和药物治疗。

胡伯虎

二　肛裂

肛裂，即肛门裂。是指肛管的皮肤全层破裂，并形成慢性溃疡。其特征为便时便后剧痛，流血。好发于肛管口的正中前后方，两侧较少，女性及青壮年居多。男性多见后部，女性多见前部。除去病因裂口可自愈者，不属肛裂。

本病在古代多列在痔门，如《外科大成·下部后》载：钩肠痔："肛门内外有痔，褶缝破烂，便如羊粪，粪后出血，秽臭大痛"。《医宗金鉴外科心法要诀·臀部》："肛门围绕，折纹破裂，便结者火燥也。初俱服止痛如神汤消解之"。其症状颇似肛裂

表现。清以后方称“裂口痔”或“痔裂”。

病因病机

1.血热肠燥，内蕴湿热，大便秘结，粪块干硬，排便时用力，擦破损伤肛门管皮肤及皮下组织等，复染湿热邪毒，致疮口久不愈合而成裂口。此为最常见的原因。

2.妊娠分娩，用力怒张，撕裂肛门管。或妊娠期因胎儿增长，压迫直肠形成排便困难、大便干硬，都易引起肛门裂，所以妇女比男子的肛门裂为多。

3.湿热蕴结，热结成痈，致肛门管皮肤发生溃疡或形成皮下瘘管，加上粪便刺激，也是形成肛裂的原因。

临床表现

1.疼痛：是肛裂的主要症状，系由肛门括约肌的痉挛引起。疼痛的特点是：排便时粪便刺激肛裂创面，即刻产生肛门灼痛，称为便时痛。便后数分钟疼痛可缓解，称为疼痛间歇期。接着出现肛门括约肌收缩痉挛，又产生剧烈疼痛，疼痛可持续数小时至10余小时，称括约肌收缩痛。这种波动式的疼痛周期，是肛裂疼痛的特点。严重时患者咳嗽、喷嚏、排尿、排气都能引起疼痛。

2.出血：肛裂的出血不多，以排便时有几滴鲜血流出，或在粪便上有几条血丝，或手纸上带血为主。有时也会出现血与粘液、脓汁混在一起，多由湿热蕴结或皮下瘘引起。

3.便秘：是引起肛裂的原因，又是肛裂的主要症状。患者怕排便时引起肛门剧烈疼痛，因而少吃东西和有意延长排便间隔时间，结果使粪便在直肠中的停留时间延长，水分被充分吸收，变得更加干硬和难以排出，排出时就进一步加重对肛裂创面的损伤，这样就形成了一个恐惧排便—>大便秘结—>损伤加重—>肛裂久不愈合的恶性循环。

4.瘙痒：溃疡面及皮下瘘的分泌物，刺激肛缘皮肤，就会感到肛门发痒和湿润不适。

辨证施治

处方：长强(－)　白环俞(－)　承山(－)　八髎(－)

穴方简释：长强位于肛门后，泻长强可通畅督脉，活血化瘀，清热除湿，解除肛门痉挛，改善局部循环，故为治疗肛裂。白环俞、八髎，使针感直过肛门，可加强止痛、止血功效，促使肛裂愈合；承山，疏通经气、清化湿热，有改善排便困难之功。

操作方法：长强，宜朝尾骶骨方向斜刺，进针2～3寸，捻转使病人感到酸、麻、胀或电刺激感，有肛门吸进上提感。白环俞、八髎，宜用长针深刺、朝肛门方向，使针感直达肛门部；承山，宜用泻法。留法2～5分钟。

疗程：针刺6次为一疗程。大多数1～2次见效。前两次每天针1次，以后4次隔日针一次。

其他疗法

1.耳针：取直肠、肛门为主穴，皮质下、神门为配穴。针刺或压丸。针刺，每日1

次，10天一疗程，压丸，每周1次，4次一疗程。

2.埋线：取长强，病人侧卧位，双腿屈膝，局部常规消毒，1%普鲁卡因局麻，用大号三角针穿一号羊肠线，双线缝埋入穴位，平皮肤剪断两个线端，埋入深度2.5～3.5厘米，两线的皮肤距离约2.5厘米。术毕局部敷盖消毒纱布，如有哨痔、肥大乳头、隐性肛瘘，可有局麻下切除，术后保持大便通畅。

3.三棱针：让患者取侧卧位，局部消毒、局麻、扩肛。暴露肛裂，用三棱针在创面上下纵行密刺3行，刺破栉膜带，局部外用生肌膏纱条，每日便后，温水坐浴，保持大便通畅，换药至裂口愈合。

文献选录

“长强惟治诸般痔”。（《十四经要穴主治歌》）

“痔疾肠风长强欺”。（《胜玉歌》）

经验选要

叶松荣等针刺长强、白环俞、承山、八髎，配耳穴直肠、肛门、皮质下、神门。治疗陈旧性肛裂311例，有效309例（99.4%）。其中，痊愈273（88%），好转36例（11.5%），无效2例（并皮下瘘及哨痔）。治愈指症状完全消失，肛裂溃疡面全部愈合；好转指症状消失，溃疡基本愈合；无效指症状及裂口无改变。（《中国肛肠病杂志》1(1)：7，1981年）

程孟雄用长强穴埋线法治疗肛裂54例，均只作1次埋线，痊愈50例（92.6%），好转4例（7.4%），有效率100%。一期、二期肛裂7～15天痊愈，三期10～25天痊愈。（《中国肛肠病杂志》4(3)：29，1984年）

评述

针刺或埋线治疗肛裂，有明显止痛、止血作用。疗程短、痛苦少，操作简便，容易掌握。对伴有皮下瘘、哨痔的病例，可配合切除手术。

胡伯虎

三　肛瘘

肛瘘，又称肛漏或痔瘘。是指肛门周围痈肿自溃或手术后，创口久不愈合或愈而复发而形成瘘管。临床常见脓血污物不时由瘘口流出，淋漓不断，故多为肛门脓肿的后遗症，为外科的常见疾病之一。

我国是认识“瘘”病的最早国家。瘘之病名，最早见于《山海经·中山经》“食者不痈，可以为瘘”。《神农本草经》首将本症命名为“痔瘘”。《疮病经验全书》称为漏疮”。《东医宝鉴》则称为“瘘痔”。“肛漏”之名则见于清《外证医案汇编》，是近百年才采用的。

病因病机

外感风、热、燥、火、湿邪，内伤饮食、劳倦，痔久不瘥及肛门局部气血运行不足是引起肛瘘的主要病因病机。如《河间六书》有："盖以风热不散，谷气流溢，传于下部，故令肛门肿满，结如梅李核，甚者及变而为瘘也"。《本草纲目》有："漏属虚与湿热"。

痔久不愈所致，如《诸病源候论》说："痔久不瘥，变为瘘也"。饮食醇酒厚味，劳伤忧思，便秘，房劳过度也是引起肛瘘的原因。如《千金方》说："肛门主肺，肺热应肛门，热则闭塞，大行不通，肿缩生疮"。《丹溪心法》有："人唯坐卧风湿，醉饱房劳，生冷停寒，酒面积热，以致荣血失道，渗入大肠，此肠风脏毒之所由作也"。《外科正宗》说："夫脏毒者，醇酒厚味，勤劳辛苦，蕴毒流注肛门结成肿块"。

此外肛门局部气血运行不足是引起肛瘘的先天性因素，如《薛氏医案》说："臀，膀胱经部分也，居小腹之后，此阴中之阴，其道远，其位僻，虽太阳多血，气运难及，血亦罕到，中年后尤虑此患"。

致于病变机理，《内经》已认识到是由"营气不足，逆于肉理，乃生痈肿"。及"陷脉为瘘"。《千金方》则具体指出瘘是痈疽的后遗疾患，"一切痈疽，皆是疮瘘根本所患。痈之后脓汁不止，得冷即是鼠瘘"。《奇效良方》还指出，漏可穿臀、穿肠、穿阴，粪从孔中出，形成复杂瘘。

临床表现

1.流脓流水：这是肛瘘的主要症状，随病变范围大小，外口多少，以及身体的情况不同，流脓水的情况亦有差别。新形成的瘘管流脓较多，且有臭味，色多黄而稠；病久后脓液逐渐减少，时有时无，稀淡如水。有时瘘管外口可以暂时封闭，停止流脓，但不久病人又会出现发烧，局部胀痛，直到封闭的外口再度破溃流脓，症状才能流失。有时外口封闭坚固，不能再度穿破，脓液就容易向其它组织间隙流窜，形成新的瘘管。完全性肛瘘有时也有粪便及肠内气体经瘘管随脓排出。肛门内瘘的脓常与大便混合排出，有时在粪上附着几条血丝；外瘘脓液较少；复杂性肛瘘脓水多，常因瘘道互相贯通，很多孔可同时流脓水污染内裤。瘘管若与其它器官相通，如直肠膀胱瘘，肛门内可有尿流出，尿中也出现脓球和粪便。

2.肛门肿痛：主要是瘘道不通或引流不畅，引起瘘管内脓液积存，局部肿胀所致。肿痛主要表现在直肠下部和肛门四周，排便时疼痛加剧。

3.肛门湿疹和瘙痒：瘘管中的分泌物流出后，刺激肛门部皮肤可引起肛周皮肤瘙痒、发炎和形成湿疹。

4.全身症状：急性期常并有恶寒发热，全身不适。病久不愈者可导致贫血、消瘦和食欲不振。

辨证施治

主证：肛瘘肿痛，发痒、脓多。大便干燥，肛门坠胀，反复发作。证属湿热下注，

气血郁滞。

治则：清热除湿，消肿止痛。

处方：长强（－）　大肠俞（－）　次髎（－）

酌情选配足三里（－）、三阴交（－）、承山（－）、太冲（－）

穴位简释：长强、大肠俞、次髎，理肠通便、消肿止痛；配足三里、三阴交、承山、太冲，理气活血、清热除湿、调理肛肠。

操作方法：泻法，长强、次髎宜深刺，使针感达病所。留针10～20分钟。

疗程：每日1次，7天为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取痔核点、肛门、直肠为主穴，大肠，神门为配穴。针刺、埋针或压丸。针刺日1次，7天一疗程；埋针或压丸，3～7天1次。

2.药饼灸：用附子末和水，做成药饼，厚如铜钱，或用附片亦可。将附子药饼（或附片）置瘘口上，以艾柱坐灸，到药饼干为止。每日1次，7天一疗程。

文献选录

“长强疗下漏”。（《针灸资生经》）

“漏疮先须服补药生气血……外以附子末，津唾和作饼子，如钱厚，以艾灸之。漏大，炷大；漏小，炷小。但灸令微热，不可使痛，干则易之，则再研如末作饼再灸，如痛则止，来日再灸，直至肉平为效，亦有用附片灸，仍用前补剂作膏贴之尤妙。”（《丹溪心法》）

经验选要

胡伯虎治肛瘘发作，肿痛，流脓，取穴长强、大肠俞、次髎、足三里、三阴交、承山。每次2～3穴，每日1次，7日一疗程。长强、次髎深刺使针感直达病所，针后可取得明显止痛、消肿、减少发作、控制炎症作用。

评述

针灸对肛瘘虽无根治效果，但对控制发作、止痛、消肿，有十分明显作用，近期疗效满意。所以仍不失为肛瘘发作期的有效的对症疗法。

四　脱肛

脱肛，又称直肠脱垂。是指直肠粘膜、直肠全层或部分乙状结肠向下移位，脱出于肛门外或套叠于直肠内的一种疾病。多见于营养不良的小儿，体质虚弱的老人和久病体虚之人。病程可长达数年至数十年，在肛肠疾病中发病占0.4～2.1%。

古人多把有物自肛门脱出于外的病症统称为脱肛，有脱肛痔、肠痔、盘肠痔等许多名称，多把直肠脱垂，痔脱出，息肉脱出混为一谈。但唯明·吴昆《医方考》则明确指

出："盖泻久则伤正，下多则亡阳，是气血皆亏矣。故令广肠虚脱。"广肠即直肠，明确指出了脱肛一症是直肠的脱出。

病因病机

中医认为，直肠脱垂是全身疾病的一种局部表现，气血不足、中气下陷、肾虚不固和肺气失约，是发病之机。久泻久痢、病久体虚、分娩过多、咳嗽痰喘等是致病之因。

气虚下陷，五脏虚损，特别是脾肾气虚，不能收摄固脱，是本病的常见病机。此外，燥热内结，津液不足，情志不舒、气血郁滞以及劳损内伤、气血不足，均可使大肠燥涩，临厕努责，或久泻久痢，或痔久不愈，反复脱出，均可引起脱肛。

故《景岳全书·脱肛》指出："大肠与肺为表里，肺热则大肠燥结，肺虚则大肠滑脱，此其要也。故有因久泻久痢、脾肾气陷而脱者；有因中气虚寒，不能摄而脱者；有因劳役吐泻，伤肝脾而脱者；有因酒湿伤脾，色欲伤肾而脱者；有因肾气本虚，关闭不住而脱者；有因过用寒凉，降多亡阳而脱者；有因湿热下堕而脱者。然热者必有热证，如无热证，便是虚证。"

现代医学认为直肠脱垂多见4岁以下的儿童，这与婴儿期骶骨曲尚未形成，骨盆和直肠几乎平行，直肠还相对比较活动有关。当增加腹压时，腹腔和直肠的压力都作用于肛门上，加上儿童时期易患慢性腹泻、营养不良、哭闹咳嗽等，可促使直肠向下移动，使直肠周围组织松弛，失去了支持直肠的作用，故小儿时期容易发生直肠脱垂。随着年龄的增长，骶骨曲发育完善，直肠与肛管形成一定角度后，起到减轻肛门括约肌负担的作用，便可使直肠固定。所以，小儿直肠脱垂多可随年龄增长而自愈。

分娩过多，尤其是体质较弱的妇女在多次分娩后，因直肠周围组织松弛，盆腔底部肌肉、肛门括约肌损伤，不能保持正常的直肠位置，便可形成直肠脱垂。

临床表现

脱垂，排便时直肠粘膜或直肠全层从肛门内脱出是本病的主要特点。部分患者便后脱出物可自动回缩到肛内，部分患者由于肛门括约肌松弛，失去应有的紧张性，脱出物不能自动还纳，必须用手推或休息后方能回纳。病程长体虚者，肛门括约肌完全松弛，则咳嗽、下蹲、负重、打喷嚏等均可发生直肠脱垂。

粘液血便，长期反复的脱垂，使直肠粘膜不断受到衣裤、手纸的磨擦，引起直肠粘膜充血，故便中常可有粘液和血。严重者可有腹泻和肛门下坠。脱出的肠管若狭窄嵌顿，可发生局部剧疼，组织坏死或脱落等症，便中可有大量的粘液和血。

排便不畅，直肠脱垂一般都有排便不畅的症状，患者多大便干燥或大便时需要长时间努责。这与脱垂的肠管在体内形成肠套叠状，特别是直肠、乙状结肠松弛移位，造成粪便下行受阻有关。大便干燥和便时努责反过来又可加重直肠脱垂。部分患者尚有排便不尽之感。

肛门瘙痒和湿疹，直肠脱垂患者常有肛门部潮湿、瘙痒等症状。由脱出的肠管和肠腔中大量分泌物自肛门流出，刺激肛门四周的皮肤而致。

全身症状，气虚下陷者多有食欲不振，气短懒言；气血双虚者多有头晕目眩，身倦

无力；肺虚咳嗽者畏寒自汗，咳嗽痰盛；肾虚不固者腰膝酸软，尿频腹胀。

辨证施治

1.气虚下陷证：

主证：排便或劳动时直肠脱出肛外，湿痒，下坠，排便无力，排出困难。兼见头晕目眩，心悸，倦怠，脉虚，舌淡。

治则：陷者举之，脱者涩之。

处方：长强（＋）　百会（＋）　提肛（＋）双

酌情选配关元（＋）、气海（＋）、足三里（＋）。

穴方简释：长强，可直接作用肛门、直肠，以涩肠固脱；百会，可开举提气，下病上治；提肛，居肛门两旁，可直达病所，加强肛门括约肌张力，固脱收肛。配关元、气海、足三里，以补中益气、升阳固脱。

操作方法：宜采用补法，如烧山火等手法，并依"陷下者灸之"，针后加艾灸。留针10～30分钟。

疗程：每日刺灸1次，或隔日1次，15天为一疗程。

2.湿热蕴结证：

主证：直肠脱出肛门，灼热肿痛，带有血液，分泌物多，便秘干结，或里急后重，痢疾便血。兼见肛门坠胀、口渴、腹痛、脉洪、苔厚腻。

治则：清热除湿、理气固脱。

处方：长强（－）　提肛（－）双　天枢（－）双

酌情选配承山（－）、大肠俞（－）、百会（－）。

穴方简释：长强、提肛、百会，升清举陷；天枢、承山、大肠俞，清热除湿、理气固脱。

操作方法：每日1次。15天一疗程。

其他疗法

1.电针：取长强（－）、提肛（－）为主穴，命门（－）、次髎（－）、大肠俞（－）、承山（－）、足三里（－）为配穴。选用断续波或疏密波。频率20次/分，强刺激，使肛门有收缩上提感或麻胀感，以能耐受为度。隔日1次。每次15～30分钟，10次为一疗程。

2.穴位注射：取长强、提肛双。

让患者取截石位，碘酒、酒精消毒肛周皮肤。术后戴手套，无菌操作。将消痔灵注射液或4％明矾注射液，20～30毫升，分别通过长强穴、提肛穴注入到两侧骨盆直肠间隙和骶骨直肠间隙。长强注入10毫升，提肛穴分别注入15毫升。消痔灵注射液和4％明矾注射液，注入直肠周围后，可引起无菌性炎症，使直肠周围产生纤维化改变，从而使直肠与周围组织粘连固定，不再脱出。

文献选录

"脱肛久痔，取二白、百会、精宫、长强。""又取百会、长强、大肠俞。"（《针

灸大成》）

“脱肛由气血虚而下陷，灸脐中随年壮，长强三壮，水分百壮。”“又用姜片置脐上，艾灸三壮。”（《针灸逢源》）

经验选要

胡伯虎取长强、提肛、百会、足三里，平补平泻，不留针。每日或隔日针刺一次，10次一疗程，治疗小儿直肠脱垂10例。全部有效，经配合中药，7例痊愈。（《实用痔瘘学》，科技文献出版社，1987年）

杨永清以提肛穴为主，配长强、命门、次髎、大肠俞、承山、委中。大便不规则加天枢、足三里。配合坐浴，使用电针，中等刺激，通电20～30分钟，产生重度酸麻胀感，并向周围扩散。治疗13例，有效12例。（《上海中医药杂志》（5）：32，1965年）

高琪瑜取长强、承山、大肠俞、气海、次髎、百会（灸），每次2～3穴，留针20～30分钟，灸20分钟，每天1次，7次一疗程。针感传至肛门。治疗脱肛62例（2～74岁），痊愈27例，显效30例，进步5例。（《中国针灸》6（6）：8，1986年）

评述

针灸及电针治疗小儿直肠脱垂，有显著效果，但对成人完全性直肠脱垂，疗效欠佳。近年来笔者等采用消痔灵注射液或4～6％明矾注射液治疗成人完全性直肠脱垂，取得了显著效果，其注射部位，即在长强、提肛穴处。（史兆岐、胡伯虎等，《中国大肠肛门病学》，河南科学技术出版社，1986年）

胡伯虎

第十章　妇产科

妇产科辨证，首先要识别属于何种病的证，其次再辨识证的属性。例如经、带、胎、产以及其他杂病均可见阴道出血，究属何病的阴道出血，必须加以鉴别，否则就难以掌握疾病的发病机理和辨证规律，当然更不可能针对疾病特点而作出有效的论治。

1.妇产科病辨证要点：辨证是否正确，关键在于能否鉴别主证，发病的时间，部位与经、带、胎、产的关系，以及与体质、年龄、既往病史、生活史等的关系，尽可能同时结合妇科检查和有关的辅助检验，以明诊断。在此基础上运用辨证方法，辨别证的属性。妇产科病常见的主证，不外乎以下几个方面。

（1）血证的辨证要点：妇产科血证主要指妇女阴道异常出血，也包括在月经周期出现的吐血、衄血等，其辨证要点一般以出血的期、量、色、质及其兼证、舌象、脉象进行分析。妇产科常见的血证通常是按出血阶段进行辨证的，如：

①辨月经：主证为月经周期、经期、经量的异常，或是超前、落后、先后不定期，或是经期延长、经量过多或过少。另外，还须与其他疾病的阴道出血作鉴别，如胎漏、赤带、妇女征瘕出血等病证。

②辨妊娠：怀孕期如出现阴道出血，首先要确诊妊娠，否则容易与月经失调或其他病证的阴道出血相混淆。临诊时应详细询问病史与月经史，对确诊妊娠的阴道出血，首先应当判断胎儿是否死伤。有必要作妊娠试验或超声波检查以助诊断。也可动态观察出血情况，鉴别是流产还是葡萄胎，一般妊娠中期出血往往先有腹痛，晚期无痛性出血有可能是前置胎盘；如因腹部受碰撞而后腹痛出血，要考虑到胎盘早剥；有停经史突然发生剧烈腹痛或伴有阴道出血，应注意到有宫外孕的可能。

③辨产后：新产后的阴道出血可因产创、宫缩不良、胎盘残留所致，产褥后期的阴道出血，多数由于感受外邪或瘀血内阻而形成。产期出血原因复杂，病情急者应及时紧急处理。

（2）辨带下：辨证要点着重在量、色、质、气味、舌象及其兼证等方面去辨识其属性。凡是患者主诉带下增多或色质异常，必须仔细询问发病时间，带下的颜色、性质、有无腥臭味，是否用过阴道纳药或药物洗擦外阴，目前是否用节育环，是否伴有阴痒、阴痛、阴疮等。

（3）辨痛：痛证在妇科经、带、胎、产杂病中颇为常见，其辨证首先要辨病，确定属于何病的痛证。然而辨其疼痛的部位、时间、性质、舌象、脉象及其兼证，最后断定其疼痛在气在血、属寒属热、属虚属实？妇产科痛证的辨证首先应确定的部位：

①下腹痛：是妇科痛证的好发部位，常见于宫外孕、痛经、湿热蕴结的带下、坠胎、小产、妊娠腹痛、难产、产后血热恶露不下或不绝、盆腔肿瘤等。妇科急腹痛的原因很多，在辨痛的同时，必须尽快确诊，采取相应措施，以免贻误病情。

②乳痛：常见于哺乳期的乳痈、乳头皲裂，随月经周期发生的乳房胀痛或乳头痛、经行期肝气郁滞的乳房胀痛等。

③阴痛：常见于外阴部位的阴疮，外伤和阴道内湿热引起的小便淋痛。

④头痛：常见于经行前、先兆子痫，多属肝阳肝风上扰，也见于产后外感发热时。

⑤胁痛：常伴见于肝气郁滞的妇科病证。疼痛的时间与性质，起病有缓、急、持续长短或周期之分。一般起病急多属实证，持续性的多属实证、寒证或热证、瘀阻，经前痛属实，经后痛属虚，时痛时止属气滞；辨别疼痛性质，痛处拒按属实、喜按属虚，灼痛为实热，绞痛、刺痛属实，绵绵而痛属虚，胀甚于痛为气滞，痛甚于胀为血瘀，坠胀多属气虚或属湿热壅遏。

2.妇产科病论治要点：妇产科病的治法应根据不同病证的不同病机而选用。由于妇女有其生理特点，因此在治法上就应当着手调整经、带、胎、产、乳的生理功能，纠正其病理状态。针灸论治要根据辨证和辨病从任督冲带四条奇脉和十二经有关的经脉选穴组方，并酌情选用以下治则：①补益肝肾，②疏肝理气，③活血化瘀，④温经散寒，⑤清热利湿，⑥健脾和胃，⑦清肝泻火，⑧补益气血。作到有的放矢，才能获得较好疗效。

黄羡明

第一节 妇科疾病

一 闭经

凡发育正常的女子，年龄在14岁左右，月经便按期来潮。凡女子年龄超过18岁，仍不见月经来潮，或已形成月经周期，但又连续中断3个月以上者，称为闭经。前者称原发性闭经，后者称继发性闭经，二者均属病理性闭经。

妊娠期、哺乳期、绝经期的停经，均属生理现象，不作闭经论。

闭经，是妇科许多疾病所共有的一种症状，并不是一种疾病的名称。

闭经最早记载于《内经》，称为“女子不月”、“月事不来”。

病因病机

其发病原因不外虚实两端。虚者，肝肾不足，精血未充，冲任亏损，胞宫无血可下；或脾胃素弱，化源不足，血海空虚，冲任失养，无血以行，故成闭经。实者，多由气滞血瘀，痰湿阻滞，冲任不通，胞脉壅塞而致经闭。

现代医学认为，正常月经的建立有赖于丘脑下部—脑垂体—卵巢轴的神经内分泌调节，以及靶器官子宫内膜对性激素的周期性反应，其中任何一个环节发生故障，都可导致闭经。常见病因有子宫性、卵巢性、垂体性、丘脑下部性及内分泌功能异常。

临床表现

1.子宫性闭经： 见于先天性无子宫或子宫发育不良、子宫切除、子宫内膜损坏。

2.卵巢性闭经： 凡妇女在40岁以前绝经的称为卵巢功能早衰，临床上可有不同程度的面部潮红、阵热、多汗、情绪波动等更年期综合征症状。

3.脑垂体性闭经： 表现为闭经、第二性征及生殖道萎缩，还有消瘦、怕冷、消化不良、乏力、低血压、低血糖、无乳、低基础代谢、性欲减退、毛发脱落等。

4.丘脑下部性闭经： 多囊卵巢综合征的特点为闭经、不育、多毛、肥胖、双侧卵巢增大，闭经泌乳综合征除闭经外，尚有持续性乳汁分泌及内生殖器萎缩。

辨证施治

闭经应首分虚实。一般而论，已逾常人初潮年龄尚未行经，或月经逐渐稀发而停闭，并伴有其他虚象的，属虚证。如以往月经尚属正常而突然停闭，又伴其他实象的，则多为实证。其治则，宜根据病证，虚者补而通之，或补益肝肾，或调养气血；实者泻而通之，或活血化瘀，或理气行滞。至于因他病而致闭经者，又当先治他病，病愈则经自来。

1.虚证：

(1) 肝肾不足：

主证：月经初潮较迟，或由月经后期量少逐渐至闭经，腰膝酸软，头晕耳鸣，口干咽燥，五心烦热，潮热盗汗。舌红、苔少，脉沉细。

治则：滋补肝肾。

处方：肾俞（＋）　肝俞（＋）　关元（＋）

腰膝酸痛，加命门、阳陵泉；潮热盗汗，加膏肓俞、太溪。

穴方简释：肾藏精为先天之本，肝藏血为血之所聚。肝肾之气旺盛，则精血自充，故取肾俞、肝俞以滋补肝肾。针灸任脉与足三阴经的交会穴关元，可温补下焦真元而助精血化生。

操作方法：进针得气后施提插捻转补泻手法。针后温和灸或针上加灸。

疗程：隔日治疗 1 次，10次一疗程。

(2) 气血虚弱：

主证：月经量渐少，周期后错，终至闭止。兼见头昏眼花，心悸气短，神疲肢倦，纳呆泄泻。舌淡苔薄，脉沉缓。

治则：补气养血。

处方：脾俞（＋）　足三里（＋）　膈俞（＋）　气海（＋）

纳呆泄泻，加中脘、天枢；心悸，加内关。

穴方简释：脾胃为后天之本，气血生化之源，血源充盛则经血内行。故取脾脏背俞

及胃经合穴三里为主，以强健中焦，化生气血。配血会膈俞以养血和血，气海以振奋一身之气，共奏补养气血之效。

操作方法：进针得气后，施提插捻转补泻手法。膈俞、气海，针后加灸。

2.实证：

(1) 气滞血瘀：

主证：月经数月不行，精神抑郁，烦躁易怒，胸胁胀满，少腹胀痛或拒按。舌边紫黯或有瘀点、苔白，脉沉弦。

治则：行气活血。

处方：中极（－） 血海（－） 行间（－）

胸胁胀痛，加内关、支沟。

穴方简释：中极，为任脉与足三阴经之交会穴，刺之可调和肝、脾、肾三脏，理冲任而通胞宫。脾统血，血海可养之和之；肝主疏泄，而行间能理气行气。二穴同用，以疏调肝脾，畅达气机，活血化瘀而调经。

操作方法：进针得气后施提插捻转补泻手法。中极穴使针感达会阴部。

疗程：于经来前15天开始针治，每天1次，至经来停止。

(2) 痰湿阻滞：

主证：月经愆期，色淡而渐闭，形体肥胖，胸胁满闷，纳少痰多，神疲倦怠，带下量多色白。苔腻，脉滑。

治则：豁痰除湿。

处方：足三里（－） 丰隆(－) 三阴交(－)

带下量多，加次髎、地机。

穴方简释：取胃经合穴足三里，以调理中焦，助其运化，以绝生痰之源。丰隆为胃经络穴，联系表里两经，可健中而除湿，为祛痰要穴，能豁痰利窍通胞宫。三阴交，可调肝脾肾三脏而兼理冲任。

操作方法：进针得气后，施提插捻转补泻法。

其他疗法

1.皮肤针：虚证，取肝俞、肾俞、脾俞、太冲、太白、期门、中脘、足三里、气海、三阴交、夹脊(11～12椎)为主穴，关元、胃俞、京门、照海、下脘、合谷为备用穴。实证，取三阴交、血海、天枢、大肠俞、关元、中极、八髎（散刺）、合谷、腰眼、夹脊(11～12椎)为主穴，肾俞、肝俞、中都、水泉、阴陵泉、行间、曲池、间使为备用穴。中强刺激，每日或隔日1次，10次为一疗程。也可取腰骶督脉、膀胱经、腹股沟、大腿内侧及下肢足三阴经，中强刺激，隔日1次，10次为一疗程。

2.电针：归来配三阴交、中极配地机、曲骨配血海，选其中任何一对穴位，或各对穴交替使用，每日或隔日治疗1次，每次15分钟。

3.耳针：取子宫、内分泌、肾、卵巢，中等刺激，每次取2～3穴，留针15～20分钟，经前、经后各针1周，每日1次。也可用耳穴埋针。

文献选录

"经闭：腰俞、照海均灸。"（《神灸经论》）

"月经不通：合谷、阴交、血海、气冲。"（《针灸集成》）

"月经断绝：中极、肾俞、合谷、三阴交。"（《针灸大成》）

经验选要

"针刺长强穴治疗继发性闭经"长强穴刺入1寸，强刺激，留针20分钟。25例中除3例无效外，余均刺1～2次月经来潮。（《中国针灸》(6):56,1983年）

霍金山，"针灸配合按摩治疗闭经15例"，以肾俞、阴交、三阴交为主。虚证，加关元、足三里；实证，加中极、地机、血海；腰痛，加八髎或少腹部拔罐。按摩，以按、揉、点为主，先用两拇指按揉膈、肝、脾、肾俞、八髎等穴2～3分钟，再点按气海、关元、足三里、地机、三阴交等穴5～6分钟。每日或隔日1次，6次为一疗程。14例均愈。（《中医杂志》(7):47，1983年）

评述

针灸治疗闭经历代医书多有记载，临床积累了丰富的经验。闭经一证，首应分清是原发性闭经，还是继发性闭经。原发性闭经，应结合妇科检查，排除先天性畸形等器质性病变；继发性闭经，应排除早孕。如因先天性生殖器官发育异常或后天器质性损伤而无月经者，非针灸疗法所能奏效。针灸对功能失调所致的闭经疗效较好，而对严重贫血、结核病、肾脏、心脏疾病所致的闭经，疗效较差，须从病因论治，才能收效。若因产后大出血所致闭经，除气血虚弱见证外，有神情淡漠、阴道干涩、阴腋毛脱落、性欲减退、生殖器官萎缩等证，应以大艾炷重灸关元、气海、足三里、膈俞，同时服用补益气血的中药。

平素患者须注意调摄。禁食生冷之物，保持精神怡畅。

丁一丹

二 痛经

凡在经期前后或行经期间，小腹及腰部疼痛，甚者剧痛难忍，并伴随月经周期而发作者，称为痛经。生殖器官并无器质性病变者，称为原发性痛经或功能性痛经，经常发生于月经初潮后不久的未婚或未孕的年轻妇女；因生殖器官的器质性病变所引起者，为继发性痛经，常见于子宫内膜异位症、急慢性盆腔器官炎症或子宫颈狭窄阻塞等。

如在月经将至或行经期间有下腹轻微胀痛不适感，则不属痛经范畴。

中医学对痛经的记载最早见于《金匮要略·妇人杂病脉症并治》。亦称"经行腹痛"。

病因病机

祖国医学认为，该病乃由气血运行不畅所致，盖经水乃气血所化生，血随气行，气

血充沛，气顺血和则经行畅通，自无疼痛之患。

若经期受寒饮冷，坐卧泽地，或冒雨涉水，寒湿伤于下焦，客于胞宫，经血为寒湿所凝，运行不畅则作痛。

或情志不舒，肝郁气滞，血行受阻，冲任运行失常，经血淤于胞宫，不通则痛。

或气血不足，大病久病之后，气血双亏，胞脉失养而致经行疼痛；或素体阳气虚衰，血运乏力，经行滞顿而为痛经。

或禀赋孱弱，肝肾不足；或房劳过度，致精亏血少，冲任欠缺，故行经之后血海空虚，胞脉失养，则小腹虚痛。

痛经，多见于精神紧张、感觉过敏、体质虚弱或慢性疾病患者。因经血滞留、子宫内膜排出不畅，致使子宫肌层发生痉挛性收缩引起子宫出血而痛经。研究表明，子宫内膜和血内前列腺素含量增高，是造成痛经的一个决定性因素。

临床表现

痛经，大多出现于月经来潮之第1～2天。常为下腹部阵发性绞痛，间可放射至阴道、肛门及腰部，每痛常持续数小时，偶有1～2天者，或伴有恶心、呕吐、尿频、便秘或腹泻等症状，当经血外流通畅后逐渐消失。疼痛剧烈时，颜面苍白，手足冰冷，头面冷汗淋漓，甚至晕厥，部分患者，在月经前1～2天即感下腹疼痛，接近月经来潮时加剧。膜样痛经，则在月经第3～4天时疼痛最甚，以俟膜状物排出后诸症消逝。

辨证施治

根据疼痛发生之时间及性质，以辨其寒、热、虚、实。一般以经前、经期疼痛者属实，经后痛者为虚。痛时拒按属实，喜按为虚。得热痛减为寒，得热痛剧为热。痛甚于胀、血块排出疼痛减轻者为血瘀，胀重于痛为气滞。绞痛、冷痛属寒，刺痛属热。绵绵作痛或隐痛为虚。治疗原则系依据“通则不痛”之原理。以通调气血为主。因虚而致痛经者，以补求通。缘气郁血滞者，宜行气逐瘀。寒湿者，温寒利湿。视病因而各异其治疗，着眼于调血通经，其痛自除。

1.寒湿凝滞：

主证：经前或经期小腹冷痛，按之痛甚，重则累及腰脊，得热痛减，经水量少，色黯，常伴血块，苔薄白，脉沉紧。

治则：散寒利湿，温经止痛。

处方：中极（—）　水道（—）　地机（—）

剧痛，加次髎、归来；腰酸痛，加命门、肾俞。

穴方简释：中极，乃任脉经穴，通于胞宫，取之可调理冲任，行瘀止痛；水道，系足阳明经输穴，冲脉伴阳明而行，故有利湿调冲之效，与中极配伍，可散寒湿、调冲任；脾经郄穴地机，既可健脾利湿，复可调血通经以止痛。

操作方法：进针得气后，施捻转补泻手法、中极、水道，向下斜刺1.5～2寸，使针感达少腹及阴部。针后加灸，或温针灸。

疗程：月经来潮前5～7天开始治疗，隔日1次，至经行为一疗程。

2.气滞血瘀：

主证：经前或经期小腹胀痛，胀甚于痛，月经量少，淋漓不畅，血色紫暗有块，或呈腐肉碎片，块下痛减，兼见胸胁乳房胀痛。舌质紫黯或有瘀斑、苔薄，脉沉弦。

治则：理气活血，逐瘀止痛。

处方：气海（－）　太冲（－）　三阴交（－）　血海（－）

穴方简释：气海，为诸气之会，通于胞宫，能理气活血，调理冲任；血海，为血之所汇，取之活血调经。二穴合用，气血兼治。太冲，为足厥阴经之原穴，有疏肝解郁、调理气血之功。肝、脾、肾之会穴三阴交，对三脏均有调节作用，乃痛经之远道取穴。共奏调气行血之效，气调血行，痛经自止。

操作方法：进针得气后，用提插捻转补泻法。气海，向下斜刺，使针感达少腹。三阴交，向上斜刺，使针感上传。

疗程：同“寒湿凝滞”证。

3.气血虚弱：

主证：经期或经后小腹绵绵作痛，按之痛减，经血淡而清稀，面色苍白，精神倦怠。舌质淡、苔薄，脉虚细。

治则：培补中焦，益气养血。

处方：脾俞（＋）　胃俞（＋）　足三里（＋）

倦怠纳差，加中脘、建里；便溏者，灸天枢、气海。

穴方简释：脾俞、胃俞并用，以培补后天，健运中焦。足三里辅佐二穴，以增健脾胃，化生气血。气血充盈、胞脉得养，则冲任自调，痛经即愈。

操作方法：进针得气后施提插捻转补泻手法，针后艾炷灸 5 ～ 7 壮。

疗程：月经来潮前 5 ～ 7 天开始治疗，每天 1 次，至经行停止。

4.肝肾亏损：

主证：经期或经后小腹隐痛，来潮色淡量少，腰脊酸痛，头晕耳鸣，舌质淡红、苔薄，脉沉细。

治则：补益肝肾，调补冲任。

针刺穴方：肝俞（＋）　肾俞（＋）　关元（＋）

头晕耳鸣，加悬钟、太溪；腹痛，加大赫。

穴方简释：肝俞、肾俞，为两脏精血汇集之处，针灸并施，以温补肝肾、调理冲任。关元，为下元真气之所聚，裨益精血，温补下元而止痛。

操作方法：进针得气后施提插捻转补泻手法，针后用艾条温和灸。

疗程：同“气血虚弱”证。

其他疗法

1.电针：取关元、中极、三阴交为主穴，气海、肾俞、足三里、太冲为配穴。每次交替选用 1 ～ 2 穴，一般采用疏密或连续波。如痛经较甚，可用连续波。频率每分钟30次左右，电量以中等刺激为宜。每日 1 次，每次15～30分钟。

2.耳针：取子宫、内分泌、皮质下、交感、肾，每次取 2 ～ 3 穴，中等刺激，留针

15～20分钟。疼痛较重者，可耳针埋藏，留针24小时左右；埋针期间，如疼痛剧烈，患者可自行按压，以加强刺激。

3.水针：取肾俞、上髎、气海、关元、三阴交、血海，用当归注射液2毫升加入1％盐酸普鲁卡因2毫升内，每次选3～4穴，每穴注药1毫升，每日1～2次，连续注射2～5天。

4.腕踝针：取双侧下（在内踝最高点上3横指，靠跟腱内缘）。用30号毫针。针尖刺入皮肤时，呈30°角，破皮后将针尖向上沿皮下平行刺入1寸左右。留针30分钟。

5.激光：取关元、中极、三阴交、足三里，以小功率氦氖激光束照射穴位，每穴5分钟，每日1次，10次一疗程。

6.磁疗：取三阴交、太溪、足三里、交信，于月经来潮前1日用磁珠贴敷，每日1次。

7.贴敷：取神阙，以痛经膏0.2～0.25克贴敷之。气滞血瘀型，用食醋调糊；寒湿凝滞型，用姜汁或白酒调糊（痛经膏药物组成：山楂、葛根、乳香、没药、山甲、川朴各100克，白芍150克，甘草100克、桂枝30克，细辛挥发油，鸡血藤挥发油、冰片各适量配制而成）。

或取中极、关元、三阴交、肾俞、次髎、阿是穴，用痛舒宁硬膏贴敷，每日1次，经前或经期贴治。

文献选录

"寒气客于冲脉，冲脉起于关元"。（《素问·举痛论篇》）

"小腹胀满，痛行阴中，月水至则腰脊痛，胞中瘕，子门有寒，引髌髀，水道主之"。（《针灸甲乙经》）

"女人经水正行，头晕、少腹痛：照海、阴交、内庭、合谷"。（《针灸大成》）

经验选要

张育勤，"针刺治疗49例痛经疗效观察"寒凝血瘀型取气海、归来、血海、次髎、三阴交、肾俞，平补平泻，针后加灸；肝郁气滞型选关元、次髎、天枢、内关、地机、太冲，针刺泻法；气血虚寒型用气海、归来、肾俞、周荣、血海、足三里、三阴交，针用补法，并重灸气海、足三里、三阴交。其中痊愈42例、显效6例、无效1例。平均治疗10.5次。（《中医杂志》 24(8)：8，1983年）

于素珍，"针刺背俞穴治疗痛经28例"以三焦俞、肾俞、次髎为主穴，根据辨证分型分别配伍肝俞、气海俞、脾俞、关元俞、胃俞等背俞穴。总有效率达96.4％。（《内蒙古中医药》 (1):31 1985年）

评述

痛经系常见的妇科疾患。针灸对原发性痛经疗效较为满意，不仅镇痛作用显著，尚可改善全身症状，调整内分泌功能及月经周期，一般连续治疗2～4个周期可获痊愈；但对继发性痛经，针灸只可减轻症状，难以彻底治愈。

临床上多按中医辨证分型施治。实证多选归来、中极、次髎、血海、三阴交；虚证常用肾俞、关元、足三里。值得推荐的是在几个经验要穴中，单取三阴交，直刺2～3寸，行强刺激手法，能获得较好的止痛效果。如疼痛甚剧，可刺次髎穴，针尖稍偏向脊柱方向，经骶后孔刺入3～4寸，有即刻止痛之良效。此外，针刺经外奇穴十七椎下，深1.5～2寸，止痛作用尤佳。或强刺激双侧承山穴以止痛。亦有于月经来潮前3天开始艾灸至阴穴半小时，治疗寒证痛经，取得一定疗效。在针灸方法上，亦应注意辨证施治，虚寒证宜采用艾灸，针刺补法或温针方法；实证应以针刺泻法为主或平补平泻。

针灸治疗痛经，除强调"辨证求因"及"审因论治"外，尚需掌握针治时机，方可获得预期效果。一般在来潮前5～7天开始治疗，每日或隔日1次，直至经行停止。治疗时应注意经期卫生，避免重体力劳动、剧烈运动及精神刺激，防止受凉、冷水浴、游泳、过食生冷酸涩食物。因痛经原因甚多，必要时可作妇科检查，明确诊断而后施治。

同时应积极采取预防措施，加强对月经生理的教育，让女青年对月经有正确认识，以消除恐惧及紧张情绪，并作好经期的卫生宣传工作。

丁一丹

三　功能性子宫出血

凡月经不正常，经检查内外生殖器无明显器质性病变，而系由内分泌失调所引起的异常性子宫出血，称为功能性子宫出血，简称功血。多见于青春期及更年期妇女。本病属祖国医学"崩漏"范畴。崩指发病急骤，暴下如注，大量出血；漏指发病势缓，经血量少，淋漓不净。在发病过程中，二者相互转化，如崩血渐少，可能致漏；漏势发展，又可能变为崩，故概称崩漏。

病因病机

素体脾虚，或饮食劳倦，损伤脾气，统摄无权；或先天不足，或更年期肾气渐虚，封藏失司，冲任不固，发为功血。或素体阳盛，或外感邪热，热伤冲任，迫血妄行；或七情所伤，冲任郁滞；或经期、产后余血未尽，复感外邪，瘀阻冲任，血不归经，致成功血。

现代医学认为，本病多由精神、环境、气候的改变，或营养不良、代谢紊乱、干扰丘脑下部-垂体-卵巢轴的相互调节和制约而导致。

临床表现

从症状与体证上分析，分为无排卵型及有排卵型两类：

1.无排卵型子宫出血：月经周期缩短，经期延长，有时流血时间可长达一个多月，量多少不一；有的先为停经2～3个月之后，有长短不定的流血，甚至大量出血，造成贫血，患者常伴有不孕。基础体温无一定规律，失去正常的双相型。阴道涂片可见因雌激素偏高，缺乏孕酮所致的皱褶现象。

2.有排卵型子宫出血，又称黄体功能障碍型子宫出血，本型有两种不同症状与体

征。

（1）黄体不健：月经提前来潮，经量多少不一，经期延长，但间隔时间短。基础体温呈双相型，但体温上升时间短。阴道涂片角化细胞指数偏高，堆积皱褶不全。

（2）黄体萎缩不全：经期延长，经量多少不一。月经周期一般正常。基础体温及阴道涂片未见特殊。

辨证施治

一般而言，功血虚证多而实证少，热症多而寒症少。治疗多选针灸并用之法。

1.脾虚：

主证：血崩而下，或淋漓不绝，血色淡而质稀，面色萎黄或皖白，纳呆神疲，舌质淡、苔薄白，脉弱。

治则：温补中焦，补气摄血。

处方：隐白（＋）　脾俞（＋）　足三里（＋）　气海（＋）　百会（＋）

穴方简释：脾为统血之脏，隐白为足太阴脉气所发，刺灸此穴，有健脾统血之效，为治崩漏的经验要穴。取脾俞、足三里，以培补中气，摄血止崩。气海灸之能补气摄血。百会位巅而为诸阳之会，能升阳益气，使血随气行，崩漏自止。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻法。气海、百会宜灸。隐白亦酌情施灸。

疗程：每天1次，10次为一疗程。

2.肾虚：

主证：经乱无期，出血淋漓不尽或量多。偏肾阳虚者，经色淡质清，小腹冷痛，畏寒肢冷，大便溏薄，舌淡、苔白，脉沉细。偏肾阴虚者，经血鲜红，质稍稠，头晕耳鸣，腰膝酸软，舌红、苔少，脉细数。

治则：滋补肾气，调理冲任。

处方：肾俞（＋）　关元（＋）　命门（＋）　太溪（＋）

大便溏薄，加足三里、天枢；腰膝酸软，加命门、腰眼。

穴方简释：肾俞，为肾脏精气汇聚之处；关元，为元阳之所在，又是足三阴与冲任之会。刺灸二穴，可滋补肾气、调理冲任。偏肾阳虚者，灸命门以温补肾阳；偏肾阴虚者，补太溪以滋阴降火。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻法。酌情施灸。

3.血热：

主证：突然大量出血，或淋漓日久不净，色深红质稠，口渴烦热，或有发热，小便黄。舌红、苔黄，脉洪数。

治则：清热凉血。

处方：血海（－）　行间（－）　水泉（－）　隐白（－）

发热，加大椎、曲池。

穴方简释：血海，可泄血分之热，有清热凉血之效。肝经荥穴行间，能清肝泄热；少阴郄穴水泉，以泄热降火；刺脾经井穴隐白，以凉血活血。血分邪热去，而崩漏自止。

操作方法：进针得气后，行提插捻转补泻法。

疗程：每日1次，10次一疗程。

4.血瘀：

主证：经血淋漓不止，或停闭日久又突然崩中下血，继而淋漓不断，色紫黑有块，小腹疼痛或胀痛。舌质紫黯，苔薄白，脉涩。

治则：活血化瘀。

处方：中极（－）　三阴交（－）　血海（－）　气海（－）

穴方简释：中极、三阴交并用，能调理肝、脾、肾三脏及冲任二脉，活血化瘀而治功血。血海，调理血分、祛瘀而生新。伍用气海，调达一身之气，行气以活血。

操作方法：进针得气后行提插捻转补泻法。

其他疗法

1.艾灸：取气海、关元、肝俞、脾俞、隐白、大敦，大敦穴用灯草蘸油灸，余穴艾条灸20分钟，每日1次。

2.皮肤针：取膈俞、肝俞、脾俞、胃俞、肾俞、膏肓俞、八髎、华佗夹脊穴（胸$_{12}$—骶4）、百会、足三里、关元、血海、三阴交、太白、隐白、独阴等，轮流选用，中度叩刺，每日或隔日1次。

另外取腰椎至尾椎、下腹部任脉、足太阴经、足阳明经、足厥阴经、腹股沟部、下肢足三阴经，中度叩刺，每日1次。

3.电针：取关元、中极、子宫、长强、大肠俞，关元透中极，深2.5～3寸；子宫穴向内下方斜刺，深2～2.5寸，有明显针感后，通电20～30分钟，频率为1～2赫兹，强度以阴道和肛门有收缩上提感为度，每日1次。重症每日2次，7～10日为一疗程。

4.水针：取关元、三阴交、中极、血海，用5％当归液或维生素B_{12}每穴注入0.5毫升，每日1次，10次一疗程。

5.挑治：取腰骶部督脉、膀胱经，先找阳性点（褐色稍突出皮肤表面，压之不褪色），以三棱针刺破表皮，挑出白色纤维样组织，每天1次。

6.耳针：取子宫、卵巢、内分泌、肝、肾、神门，经期前3天开始治疗，中等刺激，每次选用3～4穴，每日或隔日1次，留针30～60分钟，也可用耳针埋针法。直至月经期结束。坚持治疗2～3个月。

7.头针：取双侧生殖区，同时捻针，每3～5分钟，间歇5分钟，捻3次，留针1～2小时。

文献选录

“女子漏血，太冲主之。”（《甲乙经》）

“交信、阴谷、太冲、三阴交治女子漏血不止。”（《针灸资生经》）

“血崩漏下：中极、子宫”。（《针灸大成》）

经验选要

刘华，三棱针点刺隐白、大敦、深约1毫米，出血2～3滴。每日或隔日1次。

38例中，一般1～3次即可获愈。（《江苏中医杂志》3(4):48，1982年）

何平等，“针刺冲任治疗功能性子宫出血证30例”主穴：关元、气海、中极。配穴：气虚加肾俞、脾俞、足三里，阴虚加内关、太溪，实热加水泉、照海，血瘀加三阴交。经治2个月后，有效率达93.3%。其中以肝肾阴虚、气血双虚者效果较好。（《中医药信息》(2):17，1987年）

钟梅泉，“梅花针治疗功能性子宫出血19例疗效观察”出血期叩打腰骶部、带脉区、下颌三角区、小腿内侧、百会、三阴交、足三里；出血停止后调理叩打脊柱两侧、下腹部、带脉区、小腿内侧、中脘、期门、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞。穴位叩打直径为0.5～1.5厘米，叩20～50下，脊柱两侧叩打3行，头部呈网状形，其它各部自上而下，自左向右叩打。阳性物密者重刺。19例中，11例经2个半月随访疗效巩固。（《河南中医》(2):10，1985年）

牛美铃等“耳穴治疗功能性子宫出血100例疗效观察”取穴：子宫、膈穴。每穴注入0.1毫升的维生素K_3，每日一次，连续注射3次。100例中治愈68例，总有效率为96%。（《北京中医》(5):39，1985年）

评述

针灸治疗本病，以青春期功血较佳。一般采用灸隐白穴的方法，有报导在辰巳两个时辰（上午7～11时）灸之疗效更高。

由于功血发病缓急不同，出血新久各异。因此，治疗尚须本着“急则治其标，缓则治其本”的原则。如暴崩之际，多见四肢厥逆，脉微欲绝等证，急当止血防脱，一般以固气摄血法为主，大艾炷重灸关元、气海、百会、神阙。配以止血固崩之法，如灸隐白、断红穴（食指和中指间蹼处）温针。亦可煎服生脉散。血势不减，宜输血救急。血势渐缓，则谨守病机，辨证施治。

此外，患者不同的年龄阶段亦是功血辨证的参考。如青春期患者多属先天肾气不足，重在补肾气、益冲任，应以肾、任脉经穴为主，针灸并用或重用灸法；育龄期患者多见血热血瘀，重在清热活血、调冲任，应选肝、脾经经穴为主，针刺泻法或刺络出血；更年期患者多因肾脾亏损，重在滋补肾脾、固冲任，应取肾、脾经经穴，针刺补法并酌情加灸。

绝经期妇女，如反复多次出血，应作妇科检查，警惕肿瘤所致。出血期病人须保持安静，绝对卧床休息。病后须调补气血，节劳，戒房事，忌生冷，注意食养。

丁一丹

四　子宫脱垂

子宫从正常位置沿阴道下降，子宫颈外口达坐骨棘水平以下，甚至子宫全部脱出于阴道口外，称为子宫脱垂。常并发阴道前后壁膨出。本病以农村妇女或经产妇多见。解放后，大力宣传计划生育，实施新法接生，注意产后保健，使其发病率大大降低。

中医称为阴挺，又称阴菌、阴脱。因多发生在产后，故又有产肠不收之称。

病因病机

本病的发生，主要由于分娩时用力太过，或产后过早体力劳动，或长期咳嗽，致中气下陷，不能提摄；或素体虚弱，房劳多产，肾气不足，胞脉损伤，子宫虚冷，摄纳无力，故阴挺下脱。

现代医学认为，产伤是子宫脱垂发生的主要原因，其次是因为盆底组织及支持子宫的韧带过度松弛，腹内压力增加。

临床表现

肿物自阴道脱出，腹部及会阴部下坠感，腰酸，劳动或行走后加重。严重者，排尿困难，或尿频、尿潴留、尿失禁及白带增多等。或伴发阴道前壁膨出（膀胱膨出）及阴道后壁膨出（直肠膨出）。临床分为三度：

Ⅰ度：子宫颈下垂到坐骨棘水平以下，但不超越阴道口。

Ⅱ度：子宫颈及部分子宫体脱出于阴道口外。

Ⅲ度：整个子宫脱出于阴道口外。

辨证施治

本病在治法上应遵“虚者补之，陷者举之，脱者固之”的原则，以益气升提、补肾固脱为主。

1.气虚：

主证：子宫下垂，劳则加剧，小腹下坠，四肢无力，少气懒言，面色无华，带下量多，质稀色白，舌淡、苔薄，脉虚细。

治则：补中益气，升阳举陷。

处方：气海（＋）　百会（＋）　维道（＋）　足三里（＋）

带下量多，加带脉。

穴方简释：气海，属任脉，通于胞宫，可调补冲任，益气固胞；百会，为督脉经穴，位于巅顶，乃诸阳之会，取之可振奋周身之阳气，升阳举陷；维道，系足少阳与带脉之会，能维系带脉、收摄胞宫；足三里，以补益脾胃，助气生化。

操作方法：针刺得气后行提插捻转补泻法，留针时间较长。气海向下斜刺1.5～2寸，维道向内下斜刺，使针感达少腹部。百会穴以灸为主。

疗程：每日1次，10次一疗程。

2.肾虚：

主证：子宫下脱，腰酸腿软，小腹下坠，小便频数，夜间尤甚，头晕耳鸣，舌淡，脉沉而弱。

治则：调补肾气，固摄胞宫。

处方：关元（＋）　大赫（＋）　三阴交（＋）　子宫（－）

穴方简释：关元可培补下元真气。大赫为肾经经气充盛之处，能调补肾气，固摄胞宫。用三阴交并调肝、脾、肾三脏。子宫穴为经外奇穴，是治疗阴挺的有效穴。

操作方法：针刺得气后行提插捻转补泻法。子宫穴强刺激，使患者有子宫上抽感。

其他疗法

1.艾灸：取气海、三阴交、照海、阴交，艾条温和灸10～20分钟。

另外，取百会、长强、关元、气海、阴交、三阴交，配八髎、命门、肾俞、天枢、石门、中极、归来、大椎、足三里，用温灸器温灸或艾卷温和灸。每次先灸主穴各2～3分钟，交替选配穴2～3个。或取会阴部，先将艾绒装在1尺长的筒内，并另作一个喇叭形硬纸筒，剪成适合外阴部的样子，免得艾烟外出。施灸时，将点燃的艾卷放入筒内，并引燃筒内的艾绒，使患者做膝肘卧式进行熏灸。每日2次，每次30分钟。

2.电针：取子宫、足三里；足三里施补法；子宫穴向下斜刺，通电15～20分钟。

另外，取维胞、子宫、维道、中极、三阴交，配百会、气海、关元、足三里、太冲。

操作方法：针刺得气后，接电针治疗仪，选用断续波或疏密波，频率为20～30次/分，中等度刺激，每次通电15～30分钟，隔日1次，10次为一疗程。

3.水针：取肝俞、脾俞、足三里、三阴交、提托，用5%当归液或红花液，每穴注入0.5～1毫升，两侧交替取穴，10次为一疗程。

另外，也可取关元、石门、维胞，用麦角新碱注射液0.2毫克，每次1穴，间隔2～7天。

4.穴位结扎和埋藏：取子宫、中极，穴位切开后（0.5厘米），放入消毒的不锈钢圈或白胡椒，或刺激结扎。

5.埋线：取子宫，用20号腰椎穿刺针刺入穴位，将"00"号肠线约1.5～2厘米推入穴内，隔10～15日重新治疗一次。

另外，也可取胃俞透脾俞、曲骨透横骨、中极透关元、中脘透上脘、维胞，依上法埋入羊肠线，20～30天可再埋。

6.耳针：取子宫、皮质下、肾、脾、外生殖器，毫针刺入，间歇性强刺激，每日1次，每次20～30分钟，10次一疗程。

7.头针：取生殖区、足运感区，先针刺，得气后通电15分钟，10次为一疗程。

文献选录

"女子绝子，阴挺出，不禁白沥，上髎主之。"（《甲乙经》）

"阴挺痒痛：少府，曲泉。"（《神灸经论》）

"阴挺出：太冲、少府、照海、曲泉。"（《针灸大成》）

经验选录

毕福高，"针刺环上穴治疗子宫脱垂285例疗效观察"患者侧卧，下腿伸直，上腿屈曲，以90度角刺入环上穴（尾骶骨至大转子连线中点上2寸外5分），深4～6寸，用雀啄点刺手法，可产生触电样针感放射至前阴部和少腹部。每日针一侧，每天1次，一般3～5次子宫脱出即有好转。285例中，显效率以上占74.7%，总有效率为88.4%。

脱垂程度重，病程长、年龄大者效果差。（《新医药学杂志》(11):32，1975年）

姚康义，“针灸治疗子宫脱垂27例临床观察”主穴：子宫、横骨；配穴：足三里、三阴交。主穴向耻骨联合方向针刺，深度以病人阴道及子宫有上缩感为准，强度以患者能耐受为度。二穴交替使用，每日一次，通电20分钟，6次为一疗程。配穴直刺，针感以上行为佳，留针20分钟。有效率为81.4%。（《中国针灸》(2):46，1981年）

文成泰，“针刺久留针治疗子宫脱垂87例”穴位分两组，百会、气海、维道、大赫、足三里；百会、关元、子宫、横骨、太溪；交替使用，每日针刺一次，7次为一疗程。采用长留针的方法，一般留2～3小时，病情轻病程短、年龄小者留针1～2小时，同时重灸百会。总有效率达91.9%。（《陕西中医》6(3):127，1985年）

钱夕伍，“芒针治疗子宫脱垂111例”主穴：维道、维胞、维宫；配穴：三阴交、阴陵泉、足三里。每次取一主穴。患者仰卧位，两腿屈曲，沿腹股沟向耻骨联合方向透刺，深达肌层与脂肪层之间。双侧同时捻转，幅度频率由小到大，由慢到快，以病人能耐受为度。当会阴部或小腹有抽动感时退针。每日1次。痊愈率为81.08%。

评述

针灸治疗不同程度的子宫脱垂均有效果。但在针刺中要注意针刺的方向、深度、手法及针感，特别是几个经验要穴。如子宫（中极穴旁开3寸，进针后向耻骨联合方向斜刺，深度以使病人有阴部发酸、上抽收缩感为准。维胞（关元旁开6寸），沿腹股沟方向，向内下斜刺2～2.5寸，大幅度捻转，使病人有子宫收缩感。提托穴(关元旁开4寸)多选用电针，向中极方向斜刺，以下腹部有上提感为度。

针刺一般采用仰卧，双腿屈曲。子宫脱出阴道口外者，须先还纳后再行针刺，同时垫高臀部。针后宜作胸膝卧位20分钟。膀胱膨出者，可针刺关元透曲骨，或斜刺横骨。直肠膨出者，针刺提肛肌穴。在针灸治疗的同时，配服补中益气汤，则能提高疗效。

治疗期间，患者应避免负重，禁房事。坚持作提肛肌锻炼，每次15～20分钟，以利于本病的恢复。若并发感染，应先控制感染，然后进行针刺治疗。有严重脱水、门静脉高压、下腹部恶性肿瘤，恶液质及高热患者，均不宜针刺治疗。

丁一丹

五　宫颈炎

子宫颈因各种致病因素侵袭而发生炎症，称为宫颈炎。它是生育年龄妇女的常见病，有急性和慢性两种。

临床以慢性子宫颈炎多见。可见于分娩、流产或手术损伤宫颈后，病原体侵入而引起感染。临床无急性过程表现。病原体主要为葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌及厌氧菌。

病因病机

宫颈炎多由饮食劳倦，伤及脾胃，聚湿下行，或肾气不足，任脉不固，带脉失约而成，或湿毒侵淫，蕴而化热，伤及任带而致。

现代医学认为，病原体主要侵入宫颈内膜，该处皱襞多，病原体潜藏此处，感染不易清除，往往形成慢性子宫颈炎。病理可有以下几种变化：宫颈糜烂、宫颈肥大、子宫颈息肉、宫颈腺体囊肿、子宫颈管炎。

临床表现

白带增多，可呈乳白色粘液状或淡黄、脓性，息肉形成后易有血性白带。或性交后出血，伴有腰痛、骶部疼痛、盆腔下坠感及痛经。每与月经、排便或性交时加重。检查时，可见子宫颈有不同程度糜烂、肥大。有时可见息肉、裂伤，外翻及腺体囊肿等病变。

辨证施治

1.脾肾虚弱：

主证：带下色白或淡黄，绵绵不断，神疲倦怠，纳少便溏，腰膝酸软。舌淡、苔薄，脉沉弱。

治则：健脾益气，补肾固摄。

处方：关元（＋）　肾俞（＋）　足三里（＋）　阴陵泉（＋）　带脉（＋）

带下绵绵不断，加中极，便溏加天枢。

穴方简释：关元、肾俞，针灸并用以培补肾气、温暖下焦，足三里、阴陵泉，健脾利湿，配以带脉固摄本经经气。肾气充盛，脾健湿除，带脉固摄则带下自止。

操作方法：进针得气后，施以提插捻转补泻法。针后酌灸。气海、关元、肾俞，可重用灸法。

疗程：每日1次，10次一疗程。经期停针。

2.湿毒侵淫：

主证：带下量多，质粘稠，色黄或赤白相兼，或如脓样，阴中瘙痒，小腹作痛，小便短赤。舌红、苔黄，脉滑数。

治则：清热解毒，利湿止带。

处方：中极（－）　三阴交（－）　带脉（－）　次髎（－）

阴中瘙痒，加蠡沟。

穴方简释：中极，清泄下焦湿热，调理任带之脉；三阴交，导湿热下行，利湿止带。带脉、次髎，为治带下之经验要穴，有清热解毒之功。

操作方法：进针得气后施提插捻转补泻手法。

其他疗法

1.艾灸：取神阙、中极、命门、隐白、三阴交，艾条温和灸，每穴5分钟，隔日1次。10次为一疗程。适用于虚寒带下证。

2.水针：取中极、气海、血海、三阴交，每穴用当归注射液0.5毫升注入，隔日1次。

3.耳针：取子宫、内分泌、卵巢，每日针刺1次，中等刺激，留针20～30分钟。

4.拔罐：关元、气海、足三里、三阴交、阴陵泉、肾俞，每穴均拔罐，留罐10～15分钟。

文献选录

“女子下苍汁，不禁赤沥，阴中痒痛，引少腹控眇，不可俯仰，下髎主之。”（《甲乙经》）

“赤白带下：带脉、关元、气海、三阴交、白环俞、间使（三十壮）。”（《针灸大成》）

经验选要

陈国安，“针灸治疗带下28例”，主穴：四花穴（膈俞、胆俞），配穴：月经不调配关元、三阴交；心悸，配内关、神门；腰酸、四肢无力，配肾俞、带脉、足三里、阳陵泉；带下黄者，用泻法；心悸、腰酸、乏力者，用补法，或加温和灸。28例中，治愈21例，有效6例，无效1例。治疗次数最少者1次，最多6次，一般3～4次。（《福建中医药》(2):33，1965年）

袁茂祥，“腕踝针治疗虚证带下22例观察”，取双下2点（内踝最高点上3横指，靠胫骨后缘），针尖朝上沿皮下推进。主治脾、肾虚弱之带下。有效率为95.5%。（《中医杂志》(2):49，1982年）

李欣欣，“针刺加拔火罐治疗白带36例”以次髎为主穴，寒湿加命门，阴痒加蠡沟，湿热加三阴交。针后拔罐。治愈率75%，显效率25%。（《河南中医》(6):13,1985年）

崔景胜等，“刺络拔罐为主治疗带下病120例”，主穴取十七椎下、腰眼，配穴取八髎穴周围的络脉。用三棱针刺后速拔罐，留罐3～5分钟。每次出血少者3～5毫升，最多达60毫升左右。病程长者配合中药（山药、乌贼骨15～30克，生龙、牡各15克，苍术10克，茜草、白术各10～15克）。痊愈80例，显效22例，好转16例，无效2例。（《陕西中医》5(7):13，1984年）

评述

针灸治疗本病的有效率一般为80～90%以上。临床除辨证施治外，有人采用强刺激（捣刺）环跳穴，使酸麻感下传至足跟。亦有在三阴交穴稍后处沿皮下向上平刺，治疗1010例宫颈糜烂，有效率90.1%。针刺结合拔罐效果较佳。如长期温灸关元、三阴交、足三里，既可温固下元，又可健脾渗湿，能增强体质，扶正祛邪。

如病人年龄在40岁以上，带下赤黄，应排除癌证。平时患者应节制房事，注意经期卫生，保持外阴清洁。

丁一丹

六　子宫肌瘤

子宫肌瘤，又称子宫平滑肌瘤，是女性生殖器官中最常见的肿瘤。多发生于中年妇女。临床发病率在10%以上。中医学将其归属于症瘕范畴，而与石瘕颇为相似。

病因病机

中医学认为，本病系胞宫为寒邪所侵袭，气血受寒凝结不散；或经期产后，胞脉空虚之际，房事不节，或内伤七情致气结血滞，渐积成症。

现代医学对本病的确切病因尚不清楚，认为可能与长期雌激素刺激有关。

临床表现

子宫肌瘤的典型症状为月经过多和继发贫血。但不少患者可无明显自觉症状。肌瘤的症状一般取决于其生长的部位和瘤体的大小。可出现小腹疼痛或坠痛。受孕后流产机会增多，少数还会因子宫肌瘤较大，压迫膀胱和直肠，引起尿潴留和便秘等。检查可见子宫体增大、质硬等。

辨证施治

气滞血瘀证：

主证：少腹积块，跳动应手，或疼痛拒按，月经量多，夹有血块，块下痛减。少腹作胀，心烦易怒，两乳痛胀，皮肤不润。舌质暗红，多有瘀斑，脉弦或涩。

治则：理气解郁，活血调经。

处方：关元（－）　气海（－）　子宫（－）　膈俞（±）

酌情选配血海（±）、太冲（－）、肾俞（＋）。

穴方简释：关元为任脉与足三阴之交会穴，善通调冲任，疏理气血，是为要穴。气海，重在理气；膈俞乃血会，重在活血化瘀，子宫为经外奇穴，据近人多次报道该穴对子宫肌瘤有良效。血海，用以加强化瘀，太冲，用以加强理气，肾俞为肾脏经气转输之处，肾主生殖，取之亦可调节冲任之功。

操作方法：关元、气海宜用子午捣臼法，膈俞、子宫，可用赤凤摇头法，余穴用提插捻转之法，或补或泻。隔日1次，10次为一疗程，疗程间隔3～5天。

其他疗法

1.火针： 取阿是穴（取子宫肌瘤患处中央部一个穴位）为主，中枢、胞门、关元、子户、气海为配穴。主穴用火针法，以长1.5寸之26～27号火针具先在主穴作严格消毒，将针烧红，左手固定穴位，右手持针，迅速刺入肌瘤内，然后立即将针拔出，其针刺深度可随病块大小而定。每周刺1次为宜。余穴用常规针刺方法，隔日1次。

2.耳针： 取皮质下、膈点、子宫为主穴，肝、肾、内分泌为配穴。每次主穴均取，配穴取2～3穴。先在一侧耳探得敏感点后，针刺入，平补平泻，留针20分钟。再在另一侧耳用磁珠或王不留行子贴敷。针刺和贴敷交替应用，宜每周针2次，10次为一疗程。

文献选录

征瘕：三焦俞、肾俞、中极、会阴。（《类经》）

症瘕：胃俞、脾俞、气海、天枢、行间、三焦俞、肾俞、子宫、子户、中极、会阴、复溜。（《神灸经纶》）

症瘕：关元。（《神应经》）

经验选要

王丽，应用体针配合耳针治疗本病。体针取子宫（一般取双侧，少数取单侧），斜刺0.8～1.0寸深，曲首直刺0.6～0.8寸，横骨（针法同曲骨穴），并配合腰部及下肢穴，另配用耳穴皮质下。共治疗346例，有效率达100%，其中痊愈288例，接近痊愈39例，瘤体缩小2/3以上者19例。（中国针灸 6（1）：27，1986年）

哈尔滨市道外某医院，在1960年曾用火针配合体针治疗子宫肌瘤。火针取阿是穴（取穴法见前），体针取关元、子户、气海、中枢、胞门、三阴交、血海、中脘、足三里、内关、关元俞、膈俞、肾俞。共治疗135例子宫肌瘤患者，结果痊愈121例（89.6%）。好转5例（3.9%），无效9例（6.7%），总有效率达到100%。（哈尔滨中医：14 1960年）。

评述

针灸治疗类似子宫肌瘤的妇人症瘕，早在《针灸甲乙经》就有载述："妇人少腹坚痛，月水不通，带脉主之"，后世的一些针灸医著亦有记载。但是明确提到本病的针灸治疗的临床资料，则始于五十年代中期，到六十年代有上百例以上样本的报道。但之后，有关文章很少，直至近几年才开始重新出现。从所及的资料看，针灸治疗本病的疗效较为满意，有的还经B超等复查证实。所以，主张进一步推广应用。我们希望通过进一步实践来加以证实。在治疗方法上，采取远道穴与局部穴结合，体针与其他穴位刺激方法相结合，以进一步提高，显然是可取的，值得进一步总结和规范化。

值得一提的是，近年有人还进行了用穴位变化诊断子宫肌瘤，具体方法是在双耳子宫穴、内分泌穴，用一金属探棒加以触诊，如发现皮下组织内有1毫米粗细之条索，触之不消失者，称阳性，凡单穴有此阳性改变，即为触诊阳性，共观察70例，发现子宫肌瘤组，上2穴的触诊阳性率分别为95.71%和90%，而正常对照组仅为10%和15.71%。这不仅为本病诊断提供了一种简便的方法，同时也为治疗取穴提供了依据。当然，这也有待更多的实践。

针灸治疗子宫肌瘤的机理，尚未见诸报道，有必要提到议事日程上来。

张仁

七　子宫收缩乏力

子宫收缩乏力，产前、产后均属常见。子宫象倒置的生梨，随着妊娠胎儿长大，子宫也渐渐扩展。正常的情况下，分娩后一月内逐渐复原，恶露也渐渐排净。反之，在产前或产后由于产力、产道、胎儿的影响，致使子宫收缩乏力，从而在一定的时间内，子宫颈、子宫体、子宫内膜、胎盘附着处的组织，以及创面不能很快修复，淤浊不能完全

排清。祖国医学认为此病属难产、滞产，产后腹痛、产后恶露异常等范畴。现代医学称之异常分娩，子宫复归不全。

病因病机

1.中医学认为，本病发生主要是气血运行不畅，迟滞而致，导致不畅的原因有血淤、血虚和血热。

（1）血虚：由于平素体虚，产时气血亏损，产门不开，或产后伤血，冲任空虚，胞脉失养，或因血少气弱，运行无力以致血流不畅，迟滞而痛，或恶露淋漓难净。

（2）血瘀：产前或产时起居不慎，寒邪乘虚侵入胞脉，血为寒凝，或情志不畅，肝气郁结，疏泄失常，气机不宣。产门不开，或不全开易致滞产或淤血内停，血不归经，恶露当下不下，而致腹痛。

（3）血热：平素因阴虚，复因产时出血，阴液更亏、营阴耗损而致难产、滞产。或阴虚生内热，产后又过服辛热温燥之品或感受热邪，或肝郁化热以致热扰冲任，追血下行，导致腹痛，恶露不止。

2.现代医学认为子宫收缩乏力是由于多种因素综合而致，常见有：

（1）头盆不称：胎位异常，不能引起有效的反射性子宫收缩。

（2）精神因素：多发生于初产或高龄产妇，对分娩有顾虑，临产时精神过度紧张，致使大脑皮层受抑制，影响子宫收缩，是子宫收缩乏力的重要原因之一。

（3）子宫因素：子宫壁过度伸展，如双胎，羊水过多，巨大儿等。子宫纤维变性，如多次妊娠分娩，或曾有过子宫急慢性感染、子宫发育不良或畸型子宫如双角子宫等均能影响子宫收缩功能。

（4）药物影响：临产后使用大量镇静药物，如杜冷丁、巴比妥类等，使子宫收缩乏力。

（5）内分泌失调：临产后体内的雌激素，催产素分泌不足，均影响子宫肌兴奋阈，致使子宫收缩乏力。

临床表现

小腹疼痛，拒按或喜按，恶露不下，或不绝。其中产后恶露持续30天以上，或血性恶露持续半月未净，自然或人工流产后两周，中期妊娠引产后四周恶露不绝。

辨证施治

1.血淤型：

主证：产时腹痛难忍，产后恶露淋漓不净或量少，色紫暗，夹有血块，少腹疼痛、拒按，舌淡紫暗或有瘀斑，脉弦或涩。

治则：化瘀导滞。

处方：气海（＋）　三阴交（＋）　中极（＋）　昆仑（＋）　独阴（＋）

酌情选配天枢（＋）、归来（＋）、足三里（＋）、合谷（＋）。

穴方简释：关元、气海、三阴交、中极等主穴，用以行气消瘀，行血助胞中之气，使子宫有规律收缩，顺利分娩并排净恶露污浊，且能消除腹痛，配以天枢、归来、足三

里，下气消导，佐以调理脾胃。独阴为经外奇穴，位于足第二趾第二节下横纹中央，配以三阴交治疗胞衣不下，或难产之经验穴。

操作方法：泻法。直刺捻转，手法由弱渐强，得气后起针。不必留针。

疗程：每日1～2次，4～6次为一疗程。

2.血虚型：

主证：小腹空坠寒痛，胎儿难下或产后恶露量多或少，色淡，质稀薄，无臭，神疲懒言，面色㿠白，头晕耳鸣，舌淡脉虚细。

治则：益气温中，养血摄血。

处方：关元（＋）　气海（＋）　中脘（＋）　足三里（＋）　肾俞（＋）

酌情选配独阴（＋）、中极（＋）、昆仑（＋）、三阴交（＋）、天枢（＋）。

穴方简释：关元、气海，补气摄血，调理冲任之亏耗；中脘、足三里，以温中补气、以滋生化之源，为分娩作准备。肾俞温补肾气，且助冲脉之转输。配穴独阴、昆仑、天枢、中极、化气主降，加三阴交能养血，行气收缩胞宫。

操作方法：补法直刺捻转。手法缓慢，得气后留针20分钟。

疗程：每日1～2次，6～8次为一疗程。

3.血热型：

主证：腹痛心慌阵作，性躁易怒，影响宫缩而滞产，难产，或产后恶露色深红而浊，小便短赤，苔淡黄，脉细弦。

治则：清热养血。

处方：血海（－）　曲池（－）　三阴交（＋）　关元（＋）

酌情选配内关（－）、行间（－）、中脘(－)。

穴方简释：曲池、三阴交、关元，清热通络；泻血海，则清热行气助产，且能收缩胞宫活血化瘀。配内关、行间以清心热，平肝火。能致产后恶露通畅排出。

操作方法：泻法，直刺捻转，手法由弱渐强，得气后起针，不必留针。

疗程：每日2次，4～6次一疗程。

其他疗法

1.艾条灸：取至阴穴(双)，每日1～2次，每次15分钟，7天一疗程。

2.激光：取气海、关元、中极、足三里、血海、三阴交、肾俞、膈俞等，每次选2～3穴，每日1次，每次15分钟。

文献选录

“难产之故有八，有因横产，子逆……有因胞水沥干而难产者；有因女子矮小，交骨不开而难产者；……有因体肥脂厚，平素逸而难产者；有因子壮大，有因气虚不运而难产。”（《保产要旨》）

“儿枕者由母胎中，宿有血块，因产时其血破败，与儿具下则无患。若产妇脏腑风冷，使血凝滞在小腹、不能流通、今结聚疼痛名曰儿枕痛。”（《女科经论》）

难产、滞产到血海、足三里、三阴交，气海……。（《针灸甲乙经》）

产后腹痛、恶露不净针气海、关元、曲池、三阴交、合谷等。（《针灸学新编》、《针灸学会萃》）

女人漏下赤白及血，灸足太阴五十壮，三阴交（双）。（《千金要方》）

难产、月水不禁，横生胎动，皆针三阴交。（《千金良方》）

经验选要

三阴交配气海、关元治疗因气血运行不畅而致产后血瘀腹痛、恶露难下。

三阴交配气海中极、中脘治因气虚，血少冲任亏耗而致的滞产、难产、胞衣不下，或恶露不绝。

三阴交配灸关元治产后腹痛。

肾俞、膈俞配合谷、三阴交治胎位不正如横产等。

评述

子宫收缩乏力，即异常分娩，古人称之"难产"，又称产难，或滞产。与现代医学的产力，产道异常，胎儿、胎位异常等原因是一致的。因此说子宫收缩不协调，子宫收缩乏力，或子宫收缩过强等均属异常分娩之范围。产生本病的主要机理是气血虚弱或气滞血瘀，但无论因虚因滞均能影响胞宫的正常收缩而致难产、滞产，或产后恶露不绝。

子宫收缩乏力其主要临床表现为产前子宫收缩及持续时间短、间歇时间长而不规则。产后收缩无力，恶露当下不下、当净不净。产妇表现自觉宫缩很强，呈持续性腹痛、拒按，烦躁不安，呼痛不已，临床检查是宫口不扩张，胎先露不下降，产程延长。治则分别是大补气血，行气活血化瘀为主，主次穴配伍同时施行强弱不等的手法刺激，不同的补泻方法均能取得满意的效果。

王久锦

八　慢性盆腔炎

女性内生殖器及其周围的结缔组织、盆腔腹膜的慢性炎症，称慢性盆腔炎。它是妇科的常见病，炎症可局限于一个部位，也可几个部位同时发病。常为急性盆腔炎未能彻底治疗，或患者体质较差，病程迁移所致，但也可无急性炎症病史，病情较顽固。慢性盆腔炎由于久治不愈，反复发作，而影响妇女身心健康，给病人造成痛苦。

中医学中无此病名，属带下、不孕或征瘕的范畴。

病因病机

本病多因产后恶血未尽，瘀血内停，经脉不通，气血不畅；或湿邪外侵，蕴而生热，湿热郁结于带脉，流注下焦所致。

现代医学认为，本病多由急性盆腔炎治疗不当迁移而致，但亦有急性期不明显，开始发病即为慢性者。病情常较顽固，当机体抵抗力低下时易急性发作。其病理变化主要为慢性附件炎，慢性盆腔结缔组织炎。

临床表现

下腹坠胀疼痛，腰骶酸痛，于劳累、性交、排便时及月经前后加剧，或有白带增多、不孕、低热、精神不振、周身不适、失眠。检査子宫一侧或双侧，有压痛、片状增厚，可触及条索状的输卵管或囊性肿物。

辨证施治

1.血瘀：

主证：小腹胀疼而硬，按之更甚，白带增多，月经失调，色淡黯有瘀血块，胸腹胀满。舌质黯红或有紫斑，脉弦涩。

治则：活血化瘀，行气通经。

处方：三阴交（－）　中极（－）　次髎（－）　气海（－）

白带增多，加带脉、隐白。

穴方简释：三阴交，能调三阴之气，专治下焦；气海，可理一身之气，行气以活血。以中极、次髎调理冲任，活血化瘀。瘀去新生，气血畅行而病愈。

操作方法：进针得气后，施提插捻转补泻手法，中、强刺激。

疗程：月经过后4～5天开始治疗，每天1次，至经前2～3天停止。

2.湿热：

主证：小腹胀疼，白带量多色黄有味，头眩而重，胸闷，身困倦，口渴不欲饮。舌淡、苔黄腻，脉濡数。

治则：健脾利湿，清泄邪热。

处方：阴陵泉（－）　行间（－）　中极（－）　维胞（－）

穴方简释：脾经合穴阴陵泉，能健脾利湿；肝经荥穴行间，可清泄邪热；维胞、中极，调理冲任。热去湿除，冲任和调，诸症渐消。

操作方法：进针得气后，施提插捻转补泻法。

其他疗法

1.水针：取中极、归来、关元、维胞、次髎、三阴交、足三里。当归注射液或胎盘注射液或丹参注射液，每穴3～5毫升，每日1次，7次为一疗程。

2.耳针：取子宫、卵巢、内分泌、肾上腺，中等刺激，留针20分钟，每日1次，或耳穴埋针。

3.激光：取中极、子宫、气海、关元为主穴，肾俞、关元俞为配穴，每次取4穴，用氖氦激光照射5分钟，波长6328A°，光斑直径0.3厘米，距离5～10厘米。于经期第6天开始治疗，每日1次，15次为一疗程。

4.贴敷：下腹部疼痛为主，取归来、水道；腰痛为主，取命门、肾俞、气海俞、腰阳关；腰骶坠痛为主，取关元俞、膀胱俞、上髎、次髎；炎性包块，贴阿是穴。以消化膏（干姜30克，红花24克，肉桂15克，白芥子18克、麻黄21克，胆南星18克，生半夏、生附子各21克，红娘子、红芽大戟各3克制膏，加入麝香4克、藤黄面30克）贴敷上穴，

冬季2天换药1次，夏季12小时，12次为一疗程。逢经期停用。

文献选录

"赤白带下：带脉、关元、气海、三阴交、白环俞、间使。"（《神应经》）

"赤白带下：曲骨（7壮）、太冲、关元、复溜、三阴交、天枢（百壮）。"（《针灸集成》）

经验选要

王文石，"针灸治疗26例慢性附件炎症疗效的初步观察"取穴：关元、水道、三阴交、足三里。附件与子宫粘连者加中脘；手面浮肿加曲池；两腿行走隐痛加曲泉；乏力加列缺；手掌心热、烦渴加外关；便秘加天枢、水道；腹胀加带脉，气海。针时慢按轻捻，均匀提插。留针10～20分钟。有效率88.3%。（《中华妇产科杂志》(1)：29，1960年）

蒋迪仙等，"针灸治疗慢性盆腔炎42例疗效分析"取穴：关元、中极、归来、水道、三阴交、蠡沟、中都。肿块加府舍（肿块侧），上腹痛或气胀加腹结、天枢、气海，下腹痛加气冲，腰痛加肾俞、次髎，痛甚加八髎、委中，白带增多加地机、阴陵泉、带脉，月经过多加血海，痛经加照海、内庭、行间。温针，每日一次，留针20分钟，愈后巩固治疗10次。经期只针刺。有效率为91%。（《中华妇产科杂志》(1)：27，1960年）

王连清等，"氦氖激光照射俞穴治疗慢性盆腔炎60例"取穴：脾肾阳虚，中极、子宫、血海、足三里、三阴交；肝郁气滞，气海、子宫、肝俞；征瘕，气海、子宫、肾俞、血海。用低功率氦氖激光照射。一般3～5次能改善症状，10次显效。三型有效率分别为100%，94.4%，及88.9%。（《中国针灸》(1)：40，1983年）

评述

针灸治疗慢性盆腔炎效果较佳。其治则以活血化瘀、清热利湿为主，可选经验要穴或辨证取穴。临床多采用穴位注射的方法，药物可选当归注射液、胎盘注射液、丹参注射液、黄连素注射液，穿心莲注射液或普鲁卡因，有效率在90～98%之间。亦有人应用中极穴埋线，或消化膏俞穴敷贴，有效率为94%左右。近年来新兴的氦氖激光穴位照射疗法，效果更佳。

治疗本病时应注意：经期一般不用灸法，不要直接针刺发炎部位和包块部位，以免出血过多或使炎症加重。

丁一丹

九　外阴瘙痒

外阴瘙痒，是以妇女阴道内或外阴部瘙痒，甚则痒痛难忍，坐卧不宁为特征的一种病证。它是外阴各种不同病变所引起的一种症状，但也可发生在外阴完全正常者。一般

多见于中年妇女，当瘙痒严重时，患者多坐卧不安，以致影响生活和工作。

中医称之为阴痒、阴门瘙痒、阴䘌等。

病因病机

本病的发生，主要是肝、脾、肾功能失常。肝脉绕阴器，又主藏血，为风木之脏；肾藏精主生殖，开窍于二阴；脾主运化水湿。如湿邪虫䘌侵入阴部，或肝经湿热，或肝郁化火，脾虚生湿，湿热之邪随经下注，蕴结阴器，发为阴痒。或肝肾不足，精血亏虚，生风化燥，肌肤失荣，亦致阴痒。

现代医学认为，霉菌性阴道炎和滴虫性阴道炎是引起外阴瘙痒最常见的原因。尚有慢性外阴营养不良、药物过敏，不良卫生习惯等局部原因与糖尿病、黄疸等全身性原因。另有一种可能与精神或心理因素有关。

临床表现

外阴瘙痒，多位于阴蒂、小阴唇，也可波及大阴唇、会阴甚至肛周等皮损区，常系阵发性发作，也可为持续性的，一般夜间加剧。无原因的外阴瘙痒一般仅发生在生育年龄或绝经后妇女，多波及整个外阴部，但也可仅局限于某部或单侧外阴。

辨证施治

一般来说，湿胜则渗出物较多，热重则红热溃烂；虫淫则白带增多，色质异常，奇痒如虫爬；精血亏虚则阴部干涩、灼热或皮肤变厚或萎缩。

1.肝经湿热：

主证：阴部瘙痒，甚则痒痛，坐卧不安，带下量多，色黄如脓，或呈泡沫米泔样，其气腥臭，心烦少寐，纳呆胸闷，舌苔黄腻，脉弦数。

治则：清利湿热。

处方：中极（－）　八髎（－）　蠡沟（－）　血海（－）

奇痒难忍，加曲骨、大敦。

穴方简释：中极，是任脉与足三阴经的交会穴，又为膀胱之募，与八髎配用，能清利下焦湿热；蠡沟，为肝之络穴，有疏肝清热的作用，为治疗阴痒的经验要穴。伍用血海清血热兼能杀虫。

操作方法：进针得气后施提插捻转补泻法。蠡沟，向上斜刺1.5～2寸，使针感向股阴传导；血海刺1～1.5寸。

疗程：每日1次，10次一疗程。

2.肝肾阴虚：

主证：阴部干涩，灼热瘙痒，或带下量少色黄，甚则如血样，五心烦热，头晕目眩，口干不欲饮，耳鸣腰酸。舌红、少苔，脉细数无力。

治则：调补肝肾。

处方：太溪（＋）　曲泉（＋）　关元（＋）　三阴交（＋）

穴方简释：肾经原穴太溪、肝经合穴曲泉，能补益肝肾、滋阴降火；关元、三阴

交，均为足三阴之所会，刺之可调补肝、脾、肾三脏，化血生精以止痒。

操作方法：进针得气后，施提插捻转补泻法。

其他疗法

1. 水针：取三阴交、关元，每穴注入1%普鲁卡因0.5毫升，每日1次，7次为一疗程。

另外，也可取长强，用维生素B_{12}0.1毫克，加盐酸异丙嗪12.5毫克，穴位注射，每周2次。

2. 耳针：取神门、肝、卵巢，外生殖器，强刺激，每日1次，每次取2～3穴，留针15～30分钟，亦可用耳穴埋针法。

文献选录

“女子少腹苦寒，阴痒及痛，经闭不通，中极主之”。（《甲乙经》）

“阴门忽然红肿疼：会阴、中极、三阴交”。（《针灸大成》）

经验选要

周德宜，“针刺薰灸治疗女阴瘙痒111例临床观察”。主穴：曲池、少府、三阴交、蠡沟。白带多配气海、血海；滴虫性阴道炎配大椎；外阴白斑配曲骨。单纯性瘙痒有效为85.9%；霉菌性阴道炎有效率为88.8%；滴虫性阴道炎有效率为75%；外阴白斑为33.3%。（《云南中医杂志》(3):33,1981年）

黄炜英等，“针刺治疗外阴瘙痒症56例疗效的初步观察”。主穴：中极、会阴；配穴：气冲、阴陵泉、三阴交、照海、太冲。小幅度提插捻转，留针30分钟，每周2次，10次一疗程。腹部针感要向外阴部放射，会阴穴留针时有阵阵温热感为宜。经1～7疗程的治疗及随访3～19个月，基本治愈29例，显效10例，有效15例，无效2例。（《中国针灸》5(3):7,1985年）

卢勇田，“曲骨穴封闭治疗阴部瘙痒性皮肤病（附82例临床疗效报告）”。1%普鲁卡因2毫升，注入曲骨穴，使针感向下散至阴部皮损处。隔日一次。痊愈52例，好转22例，总有效率90.2%。（《新医学》14(1):20，1983年）

评述

阴痒一证，临床多采用外用药治疗。但针灸疗效亦甚佳。尤其是八髎穴，即上髎、次髎、中髎、下髎左右八穴，对妇女阴痒有较好的疗效。因虫而致的奇痒，可在无名指侧中节横纹处放血，能止痒数小时，可连续针刺几次，同时，临床亦可应用激光照射或磁珠贴敷。

丁一丹

十　女阴白色病变

女阴白色病变，是妇科常见病之一，又称外阴白斑或阴道白斑。本病可发生于各种年龄，但以青中年居多。

自1885年Breiskg报道女阴白色病变以来，一直认为本病具有一定的恶性潜能，属于癌前期病变。过去国内外多采取手术治疗，然而术后复发率高达50%。近年来从临床、病理方面对本病开展了深入的研究，认为本病具有上皮非典型增生者方属癌前期病变，治疗上已趋于保守疗法。

中医学古代文献虽无与女阴白色病变相符的病名，但有很多对阴痒的描述与本病十分相似，现代中医文献《中国医学百科全书》、《中医症状鉴别诊断学》等亦将本病归入阴痒门，类似的病名还有阴肿、阴疮、阴痛、阴䘌、阴蚀等。

病因病机

早在《诸病源候论》中就有对阴痒的记载，从外因分析，本病与六淫邪气中的湿邪关系最为密切。湿为阴邪，重浊粘滞，易阻碍气机，起病则缠绵不愈。湿邪流注下焦，侵淫阴部则可生阴痒诸症。张景岳在《妇人规》中指出“妇人阴痒者……微则痒，甚则痛，或为脓水淋沥，多由湿热所化，名曰䘌。”或则因情志不舒，肝经郁热，肝郁犯脾，湿热相搏所致。《女科经纶》中记载“妇人阴痒……在寡妇室女，多因欲事不遂，思想所淫，以致气血凝于阴间，积成湿热，久而不散，……故有此疾。”内因则与肝肾不足有关，肝主藏血、主筋，前阴为宗筋之会，为足厥阴肝经循行之处。肾主藏精，开窍于二阴，肝肾同为精血之脏，乙癸同源，肝肾不足，精血亏虚，水不涵木，化燥生风则生阴痒，局部气血不足则色白枯萎。

现代医学认为，本病真正的发生原因尚未真正搞清，对本病还没有明确的病因认识。目前认为以下几种原因可能与本病的发病有关：

1.内分泌失调说：基底细胞合成黑色素，正常情况下须有酪氨酸及酪氨酸酶相互作用，并受脑垂体前叶产生的刺激黑色素细胞内分泌素控制。如酪氨酸或酪氨酸酶活性减弱，则可引起黑色素形成功能减弱。也有人认为与卵巢功能低下有关。

2.局部神经血管营养失调说：有人将病变的外阴与大腿上的正常皮肤交换移植，发现被移植的病皮经过一段时间以后，自然转成健康皮肤，而被移植到外阴的正常皮肤却变成了病皮，由此推论，局部神经血管营养失调是发病的主要原因。

3.营养缺乏说：据一些学者的分析研究，发现某种物质的缺乏，如：盐酸，铁质，核黄素，叶酸，维生素A、D、B_{12}等，均可成为本病的发病原因。

4.局部慢性刺激说：外阴部位易皱褶，易存留垢物，常受尿液、经血浸污，很多患者伴有阴道炎、霉菌性外阴炎及滴虫性外阴炎。

临床表现

外阴瘙痒，皮肤粘膜变白、粗糙、萎缩或增厚，弹性较差，发生皲裂时有烧灼感或疼痛，或伴有溃疡，严重者可引起阴道口的狭窄，亦可引起排尿障碍。

辨证施治

1.湿热下注：

主证：局部症状有外阴瘙痒，疼痛或外阴肥厚，带下色黄，粘稠有味。全身症状有

胸闷不适，口苦纳差，心烦不寐，舌质红、苔黄腻，脉滑数或弦数。

治则：清热化湿，通理下焦。

处方：取脾俞　阴陵泉　三阴交　中极

湿重于热，加丰隆（－）；热重于湿，加曲池（－）；心烦不寐，加太冲（－）

穴方简释：脾俞，为背俞穴，是脾脏之气输注于背部的俞穴，针刺脾俞，可以调节脾脏功能，有健脾化湿之功。阴陵泉，为足太阴脾经之合穴，可健脾化湿、通利三焦。三阴交，为足太阴、足厥阴、足少阴之会，可调节三阴经经气助脾运化，通经活络。中极，为任脉经穴，可利膀胱、理下焦，治阴部疾患。丰隆，为足阳明胃经之络穴，可利湿化痰，与脾俞、阴陵泉相配可加强利湿之功。曲池，为手阳明大肠经之合穴，可清热化湿、调和气血。太冲为足厥阴肝经之原穴，可清泻肝火，有疏肝安神之效。

操作方法：丰隆、曲池可用泻法，余穴可用平补平泻法，留针20～30分钟。

疗程：每日针刺1次，10次为一疗程。

2.肝肾不足：

主证：局部症状有外阴瘙痒，夜间尤甚，外阴皮肤干燥，甚则萎缩、皲裂，月经量少，白带不多。全身症状有头晕目眩，两目干涩，腰膝酸痛，舌质红、少苔，脉沉细或弦细无力。

治则：补益肝肾，调理下焦。

处方：主穴：太冲（＋）　太溪（＋）　三阴交（＋）　关元（＋）　肾俞（＋）

腰膝酸痛，加足三里（＋）；两目干涩，加蠡沟（＋）。

穴方简释：太冲，为足厥阴肝经之原穴，可调理肝经气血。太溪，为足少阴肾经之原穴，可调补肾气。三阴交，为足三阴之会，补之可令经脉之气益盛。关元，为任脉经穴，位居丹田，可培补元气，通调冲任。肾俞，为背俞穴，具有补益肾气的作用。足三里，为足阳明胃经之合穴，可扶正培元，通经活络。蠡沟，为足厥阴肝经之络穴，可调肝理气明目。

操作方法：采用补法，留针20～30分钟，可配合灸。

疗程：每日针刺1次，10次为一疗程。

3.肝肾不足兼湿热下注：

主证：局部症状有外阴瘙痒，或灼痛，外阴萎缩，带下量多，色黄有味。全身症状有头晕目眩、口苦粘腻，腰脊酸困无力，舌质红、少苔或有黄腻苔，脉弦细或沉细滑。

治则：补肝肾，清湿热，理下焦。

处方：

主穴：太冲（＋）　太溪（＋）　阴陵泉（－）　三阴交　中极（－）

酌情选配脾俞（＋）、肾俞（＋）、会阴（－）。

穴方简释：太冲、太溪，为足厥阴肝经，足少阴肾经之原穴，可调补肝肾。三阴交，可交通三阴经，既可健脾利湿，又能益肾补肝；中极，可泻下焦湿热；会阴，为任脉经穴，位于两阴之间，为冲、任、督脉聚结之处，可清利湿热、调经强肾。

操作方法：太冲、太溪，可用补法；三阴交，用平补平泻法；中极、阴陵泉，可用泻法。留针20～30分钟。

疗程：每日针刺1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.水针：取双侧阴阜（位于两侧大阴唇外上方）及龙骨（位于阴蒂上方）穴位注入50%当归注射液，或将龙骨改为两侧大阴唇外下方（与双侧阴阜相对）两个点。患者取妇科检查位，用无菌5毫升注射器及TB针头，按照常规消毒，右手持药液注射器，左手固定皮肤，进针约1厘米，无回血即可缓慢注射药液，每一注射点需1.5～2.0毫升，注射后用消毒棉球紧压注射部位。每周注射1～2次，8次为一疗程，月经期暂停治疗。

2.激光：取横骨、会阴、神门、血海。瘙痒难忍，加三阴交；周身酸困，加足三里；烦躁不安，加太冲，每次选穴不超过8个，用GZ-2型激光仪，以波长6328埃、功率3～5毫瓦、光斑直径2毫米左右、照射距离2～5厘米，每穴照射5分钟，每日1次，12次为一疗程。

3.电热针：取会阴、曲骨、病灶局部阿是穴1～2对，每日针刺或隔日针刺，月经期暂停治疗，10次为一疗程。

用DR2-Ⅰ型电热针机及电热针，以平刺或斜刺法，针体与皮肤呈15～45°角，进针深度为1.5～2.0厘米，电流强度为50～90毫安，针感以局部温热、胀为度，留针30～40分钟。

文献选录

"女子下苍计不禁、赤沥、阴中痒痛、少腹控眇，不可俛仰、下髎主之。"

"女子手脚拘挛……绝子、阴痒，阴交主之。"（《甲乙经》）

"阴肿，曲泉、太溪、大敦、肾俞、三阴交。"（《针灸大成》）

"阴挺痒痛，少府、曲泉。"（《神灸经纶》）

"阴肿，曲泉、太溪、大敦、肾俞、三阴交。"（《针灸全生》）

经验选要

黄炜英等，针刺治疗56例外阴瘙痒，取穴中极、会阴，配穴气冲、阴陵泉、三阴交、照海、太冲。56例中基本治愈29例，显效10例，好转15例，总有效率为96.4%。

阎润铭等报告，针药结合治疗外阴白色病变50例，针刺组27例，取穴肾俞、横骨、止痒、三阴交，或蠡沟、坐骨点（位于大转子与尾骨尖连线中点下，坐骨结节内侧）。穴位注射组23例，取穴肾俞、阴廉与脾俞、坐骨点。两组穴位交替使用，注射丹参液1～2毫升，50例中临床治愈10例，显效19例，有效17例，无效4例，有效率为92%。

评述

过去一直认为女阴白色病变与癌变有相当的关系，Taussing1930年报告50%的外阴白斑可发生癌变。1940年他又报告70%的外阴鳞癌病人均伴有白斑。然而从目前文献报导及临床工作看，本病的癌变率并不似以往认为的那样高。根据近年文献报道统计，本病的非典型增生率在1～5%之间，癌变率在1～4%之间，因此临床上应采取积极的

保守疗法进行治疗。从临床工作看，非典型增生是可逆性病变，经过保守治疗，非典型增生可以消失。在临床工作中对女阴白色病变不能仅作肉眼诊断，必须结合病理检查，才能对本病的诊断及治疗效果作出客观的评价。

实验初步研究表明，针刺可以提高女阴白色病变患者的免疫球蛋白IgG、IgA、IgM以及E-玫瑰花环形成率，治疗前后具有显著差异。通过病理检查，可以看到针刺对病变组织有明显的改善作用。从而说明，针刺治疗本病不仅有局部治疗作用，还具有全身调整作用。

夏玉卿　齐若梅

第二节　产科疾病

一　妊娠呕吐

孕妇在妊娠6周左右，有择食、食欲不振、轻度恶心呕吐、头晕、体倦等表现，称受孕早期反应，一般不需治疗，至妊娠12周左右会自然消失。少数孕妇反应严重，呈持续性呕吐，甚至不能进食、进水者，则称妊娠呕吐。临床多见于年轻初孕妇，亦常见精神过度紧张、神经系统功能不稳定的妇女。一般预后良好。

中医学称本病为妊娠恶阻，也有子病、儿病、食病、阻病之称。

病因病机

妊娠呕吐的主要病机，是冲气上逆，胃降失和所致。常见的有脾胃气虚和肝热化火两大证型。

脾胃气虚：由于脾胃素虚，孕后停经，冲脉气盛上逆犯胃，胃失和降，反随逆气上冲，而引起呕吐。或因脾胃虚弱，运化失权，湿聚成痰，痰湿停滞于内随冲气上逆而致呕吐。

现代医学认为，妊娠呕吐的原因目前还不十分清楚，多数可能与绒毛膜促性腺激素的水平增高有密切关系，或由于大脑皮质下中枢功能失调，致丘脑下部植物神经功能紊乱引起。

临床表现

轻症，可有反复呕吐、厌食、择食、软弱无力，有时伴有失眠或便秘，但体温脉搏正常，体重减轻不明显。尿酮体阴性。

重症，呕吐发作频繁，不能进食和进水，吐出物除食物、粘液外，可有胆汁或咖啡色血渣。全身乏力，明显消瘦，小便量少，常出现酮体，伴腹水和电解质紊乱。体检：患者精神萎靡，全身皮肤和粘膜干燥，舌苔厚腻，眼球深陷，体重急剧下降，脉象虚速（100～120次/分）。严重时血压下降，体温升高，甚至可出现黄疸，嗜睡和昏迷等症。眼底检查，可见视神经炎症和视网膜出血。

辨证施治

本病首先根据病史、症状及有关检查确定为有孕，然后再根据恶心、呕吐、懈怠、嗜睡、择食嗜酸等症，确诊为妊娠呕吐，再根据伴有证候群分别证型。

1.脾胃气虚：

主证：孕后，脘腹胀满，呕恶厌食，食入即吐，倦怠嗜睡，舌淡、苔薄白而润，脉象缓滑无力。

治则：健脾和胃，降逆止呕。

处方：内关（－）　足三里（－）　阴陵泉或脾俞（＋）（双）

脘腹畏寒、得暖则舒者，上方加灸中脘穴。

穴方简释：泻内关，以和胃止呕；泻足阳明经合穴足三里，和胃降逆；配补足太阴脾经合穴，以健脾运助降胃气。胃气虚弱，灸中脘穴以温中以扶胃阳。

操作方法：进针得气后，用捻转补泻法，留针20～30分钟，留针期间泻法可运针2～3次，每次捻轻3～4分钟。补法，可不再运针或连续捻转1～2分钟，不留针。艾条温灸中脘穴时间一般为10～15分钟。亦可定穴后嘱患者每日自己施灸。

疗程：每日针治1次。5次为一疗程，直至，病愈为止。

2.肝热化火：

主证：呕吐酸水或苦水，胸闷胁痛，嗳气叹息精神抑郁，头晕目眩，口苦烦渴，溲黄便坚，舌质偏红、苔微黄，脉象弦滑或兼数。

治则：抑肝和胃，降逆止呕。

处方：足三里　内关　太冲（均双侧）

如因肝热上逆而犯于胃者，上方太冲穴配透天凉，以清肝降逆。

穴方简释：针泻足阳明胃经的合穴足三里，主治胃腑，用以和胃散滞；针泻内关，以助足三里之和胃止呕；针泻足厥阴肝经的俞穴太冲，用以疏肝理气以治其因。使肝气得舒，胃气和降，肝胃不和所出现的证候群，均可消失。因肝热上逆犯胃者，太冲穴配透天凉，太冲穴用泻法可以疏肝气，再配用透天凉手法，可收清肝之效，肝热得清已不犯胃，“胃以和降为顺”，胃不受犯，呕逆症状也得以缓解。

操作方法：进针得气后，施用捻转泻法，留针20～40分钟，在留针期间捻转2～3次，每次每穴捻转1～2分钟。

疗程：间日针治1次，直至病愈。

其他疗法

1.艾灸：取中脘、巨阙、足三里，施用艾条温和灸法，以皮肤呈潮红色、患者感到局部温热舒适为度。每日艾灸1次，每次每穴可灸10～15分钟。脾胃虚寒证患者，一般3～7次痊愈。另外，取上脘、足三里、大敦、公孙，施用艾卷雀啄灸法，每日2次，每次每穴灸5～10分钟，对肝胃不和证患者有效。

2.耳针：取胃、脾、肝、神门，毫针轻刺，每日1次，10次为一疗程。亦可用耳穴

下

埋针法。

文献选录

“恶阻者，谓有胎气，恶心阻其饮食。妊娠禀受怯弱，中脘宿有痰饮，便有阻病，其证颜色如故，脉息平和，但觉多卧少起，肢体沉重，头目昏眩，恶闻食气，喜啖酸咸，或嗜一物，或大吐，或时吐痰与清水，甚者或作寒热，心中愦闷，呕吐痰水，胸膈烦满，恍惚不能支持，此皆胃气弱而兼痰与气滞者也。亦有素本不虚，而一受胎孕，则冲任上壅，气不下行，故呕逆者。又有由经血既闭，水渍于脏，脏气不宜通，故心烦愦闷，气逆而呕吐，及三日余，而呕吐渐止。”（《胎产心法》）

经验选要

针灸治疗妊娠恶阻64例。全组病例中，初产妇15例，经产妇49例。除11例症状严重，脱水较为明显者，配合输液和给予镇静药物外，其余病例均单用针灸治疗。主穴：中脘、足三里、内关、三阴交；配穴：上脘、建里、幽门、百会、上星、神门。每次除取主穴外，再取1～3个配穴。三阴交用补法，其余各穴均用平补平泻法。留针15～20分钟，在留针期间行针2～3次。身体极度衰弱者，中脘、足三里可加用艾条灸。疗效：痊愈62例，占96.9%；无效者2例，占3.1%。（《针灸临床经验辑要》）

针治妊娠呕吐22例，其中20例症状比较严重，并有不同程度的脱水现象。22例中有半数配药物治疗，半数单用针灸治疗。针刺取穴为中脘、建里、幽门、内关、足三里、三阴交。针刺腹部穴用抑制法，四肢穴用兴奋法。以针灸并用较好，嘱患者每晚睡前多灸1次，有助早期治愈。开始时每日针灸1次，连续3～5天。当主证减轻后，可隔日针灸1次，但必要时也可每日针灸2次。疗效：22例均获治愈，最少针灸2次，最多者为12次，平均为4.5次。3～4次治愈者占11例。治疗日期与是否配合药物治疗关系不大。经产妇比初产妇收效为快。（《针灸医学验集》）

还有人采用胸椎旁注射普鲁卡因治疗妊娠顽固性呕吐，也取得了较好效果。操作是，在第5～9胸椎旁开2～4厘米处选注射点，视其患者胖瘦可进针2～2.5厘米，徐徐注入0.5～1%普鲁卡因10～20毫升。注射后轻轻按摩局部，嘱其平卧，闭目休息。进针2厘米时，应注意患者的反应和针管内有无气泡或血液，避免引起胸膜或肺组织损伤。（《针灸医学验集》）

评述

妊娠呕吐是孕妇早期的常见症状，针灸治疗效果满意，且无副作用，据临床大量病例观察，针灸后对胎儿无任何不良影响，不会引起流产。妊娠早期，胞胎未固，针治取穴不宜过多，手法不宜太重，以免影响胎气。

孕妇禁针、禁灸问题。合谷、三阴交孕妇禁针，是针灸医家众所周知的。这种说法最早见于《宋书》和《铜人腧穴针灸图经》。如《宋书》载：“昔文伯见一妇人临产证危，视之，乃子死在腹中，刺三阴交二穴，又泻足太冲二穴，其子随手而下。”《铜人腧穴针灸图经》载：“昔有宋太子性善医术，出苑游，逢一怀娠妇人。太子诊之曰：‘是

一女也。'令徐文伯亦诊之。文伯曰：'是一男一女也。'太子性暴，欲剖腹视之。文伯止曰：'臣请针之。'于是泻足三阴交，补手阳明合谷，其胎应针而落，果如文伯之言。故妊娠不可刺也。"因此，后世医书提出合谷、三阴交"孕妇禁针"。如《类经图翼》中说："妇人妊娠，补合谷即坠胎；妊娠不可刺（指三阴交）"，《禁针穴歌》则曰：孕妇不宜针合谷，三阴交穴亦通论"等等。对于前人的实践经验，我们应历史地辩证地看，应具体问题具体分析，不能一概而论。只有既了解孕妇的体质和患病的病理证型，又详知合谷和三阴交的功效，才能掌握孕妇禁针治疗。受孕期母体以血为用，脏腑经络之血，注于冲任以养胎，故全身处于血分不足，气分偏盛的状态。气旺血衰是针补合谷（补气）泻三阴交（行血祛瘀）易于流产、坠胎的内在因素。"妇人之生，有余于气，不足于血，以其数脱血也"（《灵枢·五音五味》篇）。孕妇更是处于有余于气，不足于血的状态，当然补合谷增有余之气，泻三阴交损不足之血，不利胎元。但泻合谷补三阴交可以安胎，这是临床经验之谈。《外台秘要》指出：中极、气海、阴交孕妇不可灸。临床所见，因下元虚冷，寒凝气滞所致的小腹痛。艾灸中极、气海，温暖下元，散寒行滞而愈病，未出现过损胎现象。《类经图翼》指出：中脘、建里、梁门等穴孕妇不可灸，临床所见，因寒凉伤胃或脾胃虚寒的胃腑病，施用艾灸，可温胃散寒、温阳和胃。实践证明，施灸对胎儿无影响，是无其弊害的。另外，日本摄都筊周桂的《针灸纲要》有："治孕妇两手麻木，用合谷穴治瘥，与胎无损"的记载。孕妇妊娠呕吐是冲脉之气上逆与妊娠期其他病证有所不同，所用腧穴都是对症治疗，还有降冲逆的作用。前人实践证明针泻太冲穴能下死胎，当然孕妇也属禁针范围，但属于肝气犯胃，胃失和降，或伴有气逆上冲者，针泻太冲有疏肝理气和降逆气的作用，不受妊娠呕吐症证所限。以上种种，正如《素问·六元正纪大论》所说："妇人重身，毒之如何？……有故无殒，亦无殒也"，道理就在于此。

李世珍

二 胎位不正

胎位不正，是指胎儿于30周后宫体内位置不正而言。常见于经产妇或腹壁松弛的孕妇。患者多无自觉症状，经产前检查才能明确诊断。

胎位异常是造成难产的原因之一。胎位中除枕前位为正常胎位以外，其余为异常胎位。最常见的异常胎位是臀位，约占分娩总数的3～4%，多见于经产妇。

胎位不正，中医学称胎不正，见于金梦石《产家要诀》。

病因病机

中医学认为，妊娠后气血亏虚、胎气不足，影响胞宫的正常活动，胎位辗转失常；或气滞，或临床惊恐，影响胞胎转运；均可导致胎位不正。

西医学认为，骨盆狭窄、前置胎盘、胎儿过大或胎儿发育异常、子宫收缩无力或子宫腔大腹壁松弛的经产妇、双胎羊水过多等均可引起本病。

临床表现

胎位中除枕前位为正常胎位以外，其余为异常胎位。常见的异常胎位有：因胎头面在盆腔内旋转受阻者，有持续性枕横位、枕后位；因胎头俯屈不良呈仰伸者，有面先露、额先露；因胎产式异常者，有臀先露、肩先露。此外，还有复合先露。

辨证论治

1.气血亏虚：

主证：胎位异常，伴有气短乏力、精神倦怠、面色少华等症状。

治则：补益气血，佐以调经气、矫胎位。

处方：合谷（双）　三阴交（双）　至阴（△）

穴方简释：合谷，用以先调气后补气，以补气为主，针三阴交用以先活血后养血，以养血为主，配灸纠正胎位不正的要穴至阴，佐以调经气矫胎位。

操作方法：进针得气后，合谷、三阴交均先泻后补，用捻转补泻法，先用泻法操作2分钟，留针10分钟后，再用捻转补法操作4分钟后拔针。至阴，用艾条温和灸10～15分钟。

疗程：隔日针灸治疗1次，每针灸2次后进行复查，至胎位正常为止。

2.气滞血瘀：

主证：胎位异常，伴有胸胁胀痛，脘闷食少，善太息，时而小腹隐痛等症状。

治则：行气活血，佐以调经气、矫胎位。

处方：间使（－）　三阴交（－）　至阴（△）

穴方简释：针刺间使穴行气导滞，取三阴交通经活血，二穴配伍，共奏行气活血之效。艾灸具有纠正胎位异常的经验效穴至阴，佐以调经气矫胎位。

操作方法：进针得气后，行捻转泻法，在留针30分钟内，行泻法两次。至阴穴用艾条灸10～15分钟，或至阴穴针上艾条灸，在留针艾灸的20分钟内，用中等刺激2～3次。

疗程：隔日针灸1次。每针灸2次进行复查，至胎位正常止。

其他疗法

1.艾灸：取至阴穴（双），孕妇仰卧或取坐位，松解裤带，用艾条温和灸之，每日1次，每次15～30分钟，灸后胸膝卧位20分钟。5日为一疗程，1周后复查。适用于单纯性胎位不正，以臀位、横位和斜位为主。

2.电针： 取至阴，针刺后接脉冲电针仪，中等强度，每次15～20分钟，每日1次。

3.激光： 取至阴，用氦氖激光束直接照射穴位，电流量6毫安，距离25～30厘米，每侧照射5～8分钟，每日1次。

文献选录

张文仲救妇人横产先手出，诸般符药不捷，灸妇人右脚小趾尖头三壮。炷如小麦大，

下火立产。（《太平圣惠方》）

横生手先出者：灸至阴可以立产。（《针灸大成》）

经验选要

灸法矫正胎位协作组：取双侧至阴穴，用艾条温和灸，以不产生灼痛为限，每日1次，每次15分钟。共治2069例，成功者1869例，占90.3%。其中86%治疗1～4次即矫正，14%于5～10次后矫正。（《全国针灸针麻学术讨论会论文摘要》（一），4，1979年）

丁爱华等，以激光光针至阴穴矫正胎儿臀位，输出功率2～3毫瓦，功率密度66.7毫瓦/平方厘米，光斑0.2厘米，距离2厘米。左右各10分钟，每日1次。716例成功率为84.8%。随着照射次数增加，疗效逐渐提高，以4～7次为宜。（《中华妇产科杂志》，（6）：326，1985年）

秦广凤等，压迫耳穴矫治胎位不正169例，取穴为子宫、交感、皮质下、肝、脾、腹。用王不留行籽贴敷，一次矫正者80.43%，总有效率81.66%。认为7～8月妊娠矫正率显著高于8～9月或9月以上。（《江苏中医杂志》，（8）：31，1986年）

评述

艾灸至阴穴矫正胎位，源于唐代医家张文仲（公元7世纪），历代针灸文献均有艾灸至阴穴转胎的记载。国内大量文献报道，综合9个单位3762例报道，其矫正成功率分别为71～95.98%，其中86%的病例均于1～4次即可得到矫正。其矫正成功率以腹壁紧张度一般，妊娠7～8月者较高。经观察，艾灸时孕妇感觉胎动活跃者效果较好，灸后1小时胎动达高峰，横位成功率高于臀位，初产妇与经产妇的成功率无明显差别。临床应用艾灸至阴穴方法简便、安全，对产妇无痛苦，未发现艾灸对胎儿或孕妇的不良影响。

近年来，随着针灸临床实践的不断深入，在选穴及针刺方法上也有了新的发展，如用电针、激光穴位照射等。有人研究表明，激光组的臀位逐周回转率比自然回转率高，而氦氖激光照射与艾灸矫正胎位的成功率无显著差异。除传统的至阴穴外，还用了膀胱经的京骨、飞扬，脾经隐白、太白、三阴交，肺经少商、鱼际、尺泽，小肠经少泽、后溪、腕骨。这些穴位有一定的转胎效应，但各经之间，效果差异显著，脾经效果最好，小肠经最差。

治疗时注意，如因子宫畸形，骨盆狭窄、肿瘤或胎儿本身因素引起的胎位不正，另作他法处理。习惯性早产及妊娠毒血症不宜采用此法。

李世珍

三　习惯性流产

凡妊娠不到20周，胎儿体重不足500克而中止者，称为流产。习惯性流产则是指连续发生三次以上流产者。每次流产往往发生在同一妊娠月份，其临床过程同一般流产。

中医学将习惯性流产归属于滑胎。

病因病机

中医学认为，滑胎多属肾气亏损，气血失调，冲任不固，不能摄血养胎所致。

现代医学指出，本病病因有黄体功能不全，甲状腺功能低下，先天性子宫或宫颈发育异常，宫腔粘连及子宫肌瘤等。近年还发现习惯性流产与染色体异常有密切关系。

临床表现

流产的主要症状是阴道流血和腹痛。一般早期流产常先见阴道流血，然后出现下腹疼痛。而晚期流产的过程和早产、足月生产相似，先有阵发性子宫收缩，继而宫颈扩张，胎儿、胎盘娩出。因此，往往是先有腹痛，再出现阴道流血，流血量不多。

辨证施治

仅将气血虚弱型的治则、处方分述于下。

主证：怀孕而经常堕胎，或数月而堕，或未足月而产，伴身体倦怠，头晕目眩。偏血虚者，则有心悸失眠；肾虚者，常感腰酸，尿频且清，带下清稀；脾虚者，则纳呆、肢懈、腹胀便溏。舌质淡苔薄白，脉象虚弱，以R为甚。

处方：足三里（＋）　行间（＋）　外关（±）

血虚，加内关（＋）；肾虚，加太溪（＋）；脾虚，加公孙（＋）。

穴方简释：足三里为足阳明之合，阳明经多气多血，针之可补气益血，扶正培元，是国内外学者近年用以治疗习惯性流产之要穴。行间乃足厥阴肝经之荥，有益肝肾、调冲任之功；外关为八脉交会穴之一，《玉龙歌》云：腹中疼痛亦难当，大陵、外关可消详。近来发现该穴确有安胎之作用。血虚加内关，以宁心安神养血；肾虚加肾经之原太溪，加强益肾固冲之功，脾虚加足太阴经之络公孙以健脾胃，公孙又属八脉交会之一，通于冲脉，亦可调冲任，而固胎元。

操作方法：足三里、行间以小幅度提插加捻转之补法，针感不宜过分强烈，外关施以反复捻转之平补平泻之法。余穴均施以轻至中度的提插补法。留针15分钟左右。开始3～4天，每日1次，以后可隔日1次。

其他疗法

水针：取足三里，每日只一侧，两侧交替使用。先按穴位注射要求，在足三里穴处注入黄体酮5毫克。然后在原穴处施灸10～15分钟。均两侧交替，每日1次或2次。本法主要用于妊娠3个月以上者。

文献选录

胎屡堕：命门、肾俞、中极、交信、然谷。（《神灸经纶》）

经验选要

张丽蓉，近年根据《济阴纲目》转载北宋徐之才的“胎属十二经”的学说，进行了用针灸防治习惯性流产的尝试。选穴方法如下：一月选足厥阴肝经之原穴太冲、合穴曲泉；二月选足少阳胆经之合穴阳陵泉、会穴带脉，三月选手少阴心经之原穴神门、合穴少海，四月选手少阳三焦经之原穴阳池，经穴支沟，五月选足太阴脾经之合穴阴陵泉、郄穴地机，六月选足阳明胃经之合穴足三里、募穴天枢，七月选手太阴肺经之合穴尺泽、原穴太渊，八月选手阳明大肠经之合穴曲池、原穴臂臑，九月选足少阴肾经之原穴太溪及会穴石关。

均据妊娠不同月份选用不同穴位。用针灸治疗分为二类，一为预防性治疗，在病人流产之后，根据其流产好发的月份，选用相适应的经穴进行针灸治疗，隔日1次，10次为一疗程，可连续治3个疗程。另一类是治疗性的针灸治疗，在妊娠出现流产先兆症状时，根据其妊娠月份选用相应的经穴，隔日1次，当症状缓解后停止针灸，继续观察。手法均用补法，一般留针30分钟。用上法共治疗558例，其总有效率为86.0%～93.4%。（《针灸论文摘要选编》，中国针灸学会，1987:84）。

评述

针灸治疗习惯性流产，在古籍中直至明清才有记载出现，且内容不多。现代报道，始见于60年代初，迄今尚仅数篇。国外如苏联等，自八十年代以来，陆续有所报道，并进行了较深入的研究。本病至今仍属现代医学的难治病证，因此，充分发掘古人的经验，借鉴国外学者的成果，在今后研究中，应该说是十分必要的。如前所述，已有很好的开端。

国外的学者为了验证针灸的确切效果，他们曾对24例妊娠20～35周出现流产先兆的孕妇进行观察，发现针刺过程中，子宫收缩活动明显降低，孕妇血浆孕酮和皮质类固醇总量，明显增高。孕酮能抑制子宫收缩，有利于保胎。表明针刺对本病是值得进一步推广应用的一种疗法。

张仁

四　滞产

滞产，是指产妇临产后总产程超过24小时者，是指异常分娩中的产力异常。

异常分娩分为产力异常、产道异常和胎位、胎儿发育异常三个方面。产力是促使胎儿从子宫娩出的一种动力。产力包括子宫肌肉、腹肌和肛提肌的收缩力，其中以子宫收缩力为主。正常子宫收缩有一定的规律性和极性，并有相应的强度和频率。如果产道及胎位、胎儿均正常，仅子宫收缩失其规律性、极性或强度、频率的改变，影响产程进展而致难产者，称为产力异常。若总产程超过24小时者，则称为滞产。临床上按子宫收缩的强度和节律分为子宫收缩乏力、子宫收缩不协调、子宫收缩过强及痉挛性子宫收缩；按收缩时及间歇时的宫腔内压，又可分为高张性和低张性子宫收缩力异常。本节主要讨

论产力异常引起的滞产。

滞产，对母婴能产生许多不良影响，如胎儿宫内窒息、产后血晕、产后发热等，甚至危及产妇生命。因此，要求医务人员对产妇在分娩过程中必须严密观察，及时确诊，适时给予处理，以便保护母婴的健康和安全。

中医学认为，滞产是难产的一部分，是属难产的范畴。分为气血虚弱和气滞血瘀两大证型。

病因病机

1.气血虚弱：孕妇素体虚弱，正气不足；或产时用力过早，耗血伤气；或产胞水早破，浆干液竭，凡此种种，气血虚弱，产力不足，以致造成滞产。正如《胎产心法》云："孕妇有素常虚弱，……用力太早，及儿将出，母已无力，令儿停住，产户干涩，产亦艰难。"

2.气滞血瘀：临床恐惧，过度紧张，或产前过度安逸，以致气不运行，血不流畅；或临产感受寒邪，寒凝血滞，气机不利，也可导致滞产。

临床表现

1.子宫收缩乏力（低张性宫缩乏力）：

（1）原发性：产程一开始，子宫收缩时间短而弱，间歇时间长，当收缩时，子宫肌壁不硬，手指压宫底部有凹陷感，子宫颈口不能如期扩张，胎儿不能逐渐下降，产程无明显进展。

（2）继发性：产程开始时，子宫收缩尚正常。当产程进展到某一阶段，子宫颈口扩张到一定程度（如6～7厘米或近开全）时，子宫收缩力转弱，产程不再进展。

2.子宫收缩不协调（高张性宫缩乏力）：产妇自觉宫缩很强，从宫缩开始即感腹痛，宫缩结束仍不能完全放松，持续腹痛、拒按，烦躁不安，呼痛不已。临床检查，宫颈口不扩张，胎先露不下降，产程延长。

3.子宫痉挛性狭窄环：当宫缩时，环上部的肌肉收缩传不到环下，环紧卡胎体；先露部不但不降反在宫缩时上升；宫缩时宫颈口不但不扩大反缩小；产程停滞。

辨证论治

1.气血虚弱：

主证：分娩时腹部阵痛微弱，坠胀不甚，宫缩时间短，间歇时间长。产程进展缓慢，或下血量多，色淡，神疲倦息，心悸气短，面色苍白，舌淡、苔薄，脉大而虚或沉细无力。

治则：大补气血，益气催产。

处方：合谷（双）　三阴交　至阴

心悸气短者，加补神门，补益心气以宁心神。

方义简释：针补具有补气作用的合谷穴，补正气以益产力；配补三阴经的交会穴三阴交，育阴补血、润胎催产；配补催产经验要穴至阴，共奏气血双补，益气催产之效。

操作方法：用快速进针法，进针得气后，施用捻转补法，每穴连续捻转3～5分钟不留针。每针刺2次，以促使催产。

2.气滞血瘀：

主证：分娩时腰腹疼痛剧烈，宫缩虽强，但间歇不匀，产程进展缓慢，或下血量少，其色黯红。精神紧张，胸脘胀闷，时欲呕恶，面色青黯，舌质黯红，脉象弦大或沉实而至数不匀。

治则：理气活血，化瘀催产。

处方：三阴交（双）　太冲　独阴(△)

临产感受寒邪、而寒凝血滞、气机不利者，加灸关元。

方义简释：针泻具有活血祛瘀作用的三阴交，配泻具有疏肝理气作用的太冲穴，配灸经外奇穴具有催产作用的独阴，共奏理气活血，化瘀催产之效。用艾条灸关元，是患部取穴，直达病所的方法，借艾火温热刺激，使被寒邪凝滞血行受阻的瘀血得以消散，气机相应通利。

操作方法：用快速针法，进针得气后，施用捻转泻法。留针20～30分钟，在留针期间捻泻3～4次，每次每穴捻泻1～2分钟。使用艾条雀啄灸灸独阴和关元穴，每穴艾灸10～15分钟，以有长期温热感为度。

其他疗法

耳针：取子宫、皮质下、内分泌，毫针中等刺激。每隔2～5分钟捻转1次。

文献选录

“妇人以血为主，惟气顺则血和，胎安则产顺。今富贵之家，过于安逸，以致气滞而胎不转动；或为交合，使精血聚于胞中，皆致产难。若腹或痛或止，名曰弄胎。隐婆不悟，入手试水，致胞破浆干，儿难转身，亦难生矣。凡产直俟痛极，儿逼产门，方可坐草。时当盛暑，倘或血运血溢，当饮清水解之。冬末春初，产室用火和暖下部，衣服尤当温厚，方免胎寒血结。若临月洗头濯足，亦致产难。”（《妇人大全良方·产难门》）

“难产之由，非只一端。或胎前喜安逸而不耐劳碌，或过贪生冷，皆令气滞难产，或临产惊恐气怯……，或胞伤血出，血壅产路。”（《医宗金鉴·妇科心法要诀》）

“张文仲救妇横产，先手出，诸般符药不捷，灸右脚小趾尖头三壮，炷如小麦大，下火立产。”（《黄帝明堂灸经》）

“难产针两肩井，入一寸，泻之，须臾即分娩。”（《千金要方》）

“妇女难产，独阴、合谷、三阴交。又难产，合谷（补）、三阴交（泻）、太冲。”（《针灸大成》）

“冲门、中封、气冲、合谷、三阴交、肩井治难产。”（《普济方》）

“产难：合谷、三阴交均灸，至阴灸三壮。”（《类经图翼·针灸要览》）

经验选要

治疗滞产100例，均为滞产数日以上子宫阵缩无力。治法，分四个组：①合谷、三

阴交、秩边；②合谷、三阴交；③秩边；④绝骨和大腿内侧压痛点。疗效：显效48例，有效43例，无效19例。认为第一组疗效最好。（《针灸医学验集》）

耳针引产60例。取穴：膀胱穴附近，对耳轮下脚相当于腰部反应区、皮质下。疗效：有效49例（81.7%），无效11例（18.3%）（《耳针研究》）

有人针刺治疗宫缩乏力20例，经用兴奋法针刺合谷后，效果满意者17例，有效率为85%。针刺后宫缩加强，宫口顺利开大，胎头顺利下降，产程有明显进展，分娩顺利结束。（《针灸医学验集》）

据报导，126例产妇经施用本法（艾炷隔盐灸神阙，每次灸3～7壮，一般用3壮，如阴道内不断出血者可灸7壮）后（包括未经任何选择的初产妇、经产妇、自然产及阴道手术产），临床上达到产后宫缩目的而未经使用任何药物者108例（占85.71%）；其余18例（占14.29%）尚需注射麦角、垂体素或两种药并用。为验证作一比较，以前不需使用任何药物而能自然达到产后宫缩目的者有88例，占69.84%，其余38例（占30.16%）则需使用宫缩剂。结果表明，该法对产后宫缩无力是有一定作用的。对于胎盘留滞者，在艾灸过程中，还可以看到下腹部因宫缩而出现隆起，宫界可以清楚显出，不久胎盘即顺利娩出。（《针灸医学验集》）

评述

1.针刺治疗，对于产力异常引起的滞产，具有催产作用，但对于因产道异常和胎位、胎儿发育异常引起的难产，应作其他处理。针灸治疗，对于气血亏虚引起的滞产，针补合谷、三阴交，效果尚好。对于过度安逸以致气不运行，血不流畅，引起的滞产，亦有一定的效果。

2.对于子宫收缩不协调（高张性宫缩乏力）之滞产孕妇，不可施用强刺激，否则可促使孕妇精神紧张，不利于达到协调宫缩的目的。

对于临产恐惧或精神过度紧张，以致气不运行，血不流畅而滞产的孕妇，不可施用强刺激，或施用补益气血之法。

3.血可以转儿身，气可以开交骨。对因气血亏虚，影响儿身的转动和交骨的疏开而致滞产者，针补合谷、三阴交补益气血，有一定的效果。对于气血瘀滞，影响儿身的转动和交骨的疏开，而致滞产者，针泻太冲、三阴交，行气活血而奏效。

五　产褥感染

产褥感染，是指分娩后，由生殖器官感染引起的疾病而言。它是分娩死亡的重要原因之一。产后24小时至10天内，每4小时量体温1次，有2次体温达到或超过38℃，称为产褥病率。虽然此时各种疾病如上呼吸道感染、乳腺炎及泌尿系统感染等，都可使产褥妇发热，但绝大多数的发热系由感染引起。若对发热一时找不出原因时，应视作有产褥感染的可能。

引起本病的细菌种类很多，主要有厌氧性链球菌、溶血性链球菌、葡萄球菌和大肠杆菌等，多数病例为几种细菌引起的混合感染。感染的来源，由外来感染和产妇身体感

染。如在产前、产时或产后，致病菌由外界进入产道引起的感染，称为外来感染；在临产前细菌已寄生在产妇体内，尤其是厌氧性链球菌常常寄生在产道内，当产道有损伤时才会致病；或其他病灶处的细菌，可由血液循环转移至产道；或由内在环境的改变，潜伏性感染又可变为活动性，隐藏在其中的细菌亦可引起本病。

在鉴别诊断上，应排除上呼吸道感染、肾盂肾炎、乳腺炎等。

中医学认为，产褥期内，出现发热持续不退，或突然高烧寒战，并伴有其他症状者，称为“产后发热”。

病因病机

1.感染邪毒： 因产妇在分娩时的创伤和出血，或接生不慎，损伤产道，感染邪毒；或护理不慎，邪毒乘虚侵入胞中，漫延全身，正邪交争，而致产褥感染发热。

因热毒炽盛者，直犯胞中，证情危重，深入营血，热陷心包，可造成严重后果。

2.血瘀： “败血为病，乃生寒热”。产后恶露不畅或瘀血停滞，阻碍气机，营卫失调，而致发热。

临床表现

1.会阴、阴道、子宫颈伤口感染： 局部表现为红、肿、疼痛、触痛、体温不高，<38.0℃。但会阴切口化脓者，出现寒战，体温明显上升。

2.子宫内膜炎、子宫肌炎： 体温不高，可有轻微压痛，恶露增加，子宫复旧延缓。炎症深入肌层内，体温较高，在38℃以上，下腹疼痛，宫缩痛，压痛。

3.急性盆腔结缔组织炎： 常限于盆腔一侧，开始肿块质地较软，数日后肿块变为坚实，病变部位可呈现包块，甚至化脓。

4.急性输卵管炎： 主要是继发于盆腔结缔组织炎。

5.盆腔腹膜炎、弥慢性腹膜炎： 盆腔腹膜炎时，病人畏寒高热，脉速，持续性下腹剧痛、腹胀，常伴有恶心、呕吐；检查时，下腹严重压痛及反跳痛，腹壁紧张。弥漫性腹膜炎时症状加重，全腹持续性疼痛严重，压痛剧烈，腹肌紧张，有中毒现象，患者呈现衰竭状。

6.血栓性静脉炎：

（1）盆腔内血栓性静脉炎：常于产后1～2周出现。产妇寒战高热，持续数周，或断续间歇。持续性下腹痛，放射到腹股沟、胁腹或肋脊角。

（2）下肢血栓性静脉炎：常在产后2～3周出现，患肢出现水肿、变粗、皮肤紧张色白，下肢疼痛明显，引起所谓“股白肿”。

辨证施治

发热恶寒，伴有小腹疼痛、拒按，恶露臭秽，则为感染发热。若见高热神昏，惊厥，则属热入营血，热陷心包的危重症。若寒热时作，恶露量少，小腹拒按者，为血瘀发热。治宜清热解毒、活血化瘀。产后多虚，不宜过多清热、凉血、破血，但又不可不根据证情，片面强调产后多虚证，妄用补虚之法，或姑息攻伐，致犯虚虚实实之弊。

1.感染发热：

主证：高热恶寒，小腹疼痛、拒按，恶露量多或量少，气味秽臭，其色紫暗，一如败酱，烦躁口渴，大便燥结，尿少色黄，舌红苔黄，脉数有力。

治则：清热解毒，凉血化瘀。

处方：取合谷　三阴交（均双侧）均配透天凉手法

若热毒与瘀血结于胞中，证见小腹剧痛、恶露不畅而有臭气、高热、大便不畅者，针泻双足三里、三阴交，均配透天凉，以收清热泻下逐瘀之效。亦可配用大黄牡丹汤（《金匮要略》方），加败酱草、红藤等。若邪入营分，累及血分，证见高热汗出、斑疹隐隐、烦躁、舌质红降、苔黄燥、脉象弦细而数者，针泻双神门、三阴交，均配透天凉，清营解毒、凉血养阴。必要时配服清营汤（《温病条辨》方）加紫花地丁。若湿热壅遏中焦，前证兼见胸闷食少，恶心呕吐，舌苔黄腻者，上方加泻阴陵泉以除湿邪。若热入心包，证见高热不退，神昏谵语，甚或昏迷，四肢厥冷，面色苍白，脉微而数者，针泻双神门、三阴交，均配透天凉，点刺手十二井穴出血，共奏清营凉血、清心开窍之效。或配服安宫牛黄丸（《温病条辨》方）或紫雪丹（《和剂局方》方）。本感染发热之证，若病势急重，可采用中西医结合救治。

穴方简释：针泻合谷，配透天凉，具有清热、退热作用。针泻三阴交，配透天凉，具有凉血和血祛瘀的作用。二者配伍，以收清热解毒、凉血化瘀之效。针泻足三里，配透天凉，具有清腑泻下的作用。与三阴交配伍，以收清热泻下、凉血逐瘀之功。针泻神门，配透天凉，具有清心安神凉营的作用；与三阴交配伍，以收清营解毒、凉血养阴之效。点刺手十二井穴出血，具有清心开窍解毒的作用，与上方神门、三阴交配伍，共奏清营凉血、清心开窍之效。

操作方法：用快速进针法，得气后用捻转补泻法中的泻法，在留针30～40分钟内，捻泻3～4次，每在捻泻后施用透天凉手法，每次捻泻和施用透天凉2～5分钟。手十二井穴用三棱针点刺出血如豆许。

疗程：每日针治1次，以治愈为止。

2.血瘀发热：

主证：寒热时作，恶露不下，或量少不畅，其色紫暗夹有瘀块，小腹疼痛、拒按，口干不饮，舌质紫暗或有瘀点，脉象弦涩。

治则：活血祛瘀。

处方：三阴交（双）　归来

若体温超过38℃、腹痛加剧，为瘀滞未尽、复感邪毒所致者，可参照感染发热施治。

穴方简释：取泻妇科要穴三阴交，活血祛瘀；配泻小腹部的归来穴，祛瘀活血止痛。瘀祛，则热自除。

操作方法：用捻转泻法，在留针30～40分钟内，捻泻3～4次，每次捻泻0.5～1分钟。

疗程：每日针治1次，以病愈为止。

其他疗法

对于感染发热严重者，在针治的同时，给以足量的抗菌素及静脉补液，必要时输入小剂量新鲜血液，以增强机体抵抗力。在用清热解毒药或抗生素的同时，亦可应用氢化可的松静脉滴注，以增强抗炎解毒作用。

文献选录

“产后发热之故，非止一端，如食欲太过，胸闷呕吐恶食者，则为伤食发热。若早起劳动，感受风寒，则为外感发热，若恶露不去，瘀血停留，则为瘀血发热。若去血过多，阴血不足，则为血虚发热。”（《医宗金鉴·妇科心法要诀》）

“新产后伤寒，不可轻量发汗，产时有伤力发热，有去血过多发热，有恶露不去发热，有三日蒸乳发热，有早起劳动，饮食停滞发热，状类伤寒，要在仔细详辨，切不可随便发汗。大抵产后大血虚，汗之则变筋惕肉眴，或郁冒昏迷，或搐搦，或便秘，其害非轻。”（《女科经论》引吴蒙斋》）

“新产发热，血虚而阳浮于外者居多，亦有头痛，此是虚阳升腾，不可误谓冒寒，妄投发散，以扇其焰，此惟潜阳摄纳，则气火平而热自已。如其瘀露未尽，稍参宣通，亦即泄降之意，必不可过于滋填，反增其壅。感冒者，必有表证可辨，然亦不当妄事疏散，诸亡血虚象，不可发汗，先圣仪型，早已谆谆发诫。”（《沈氏女科辑要笺正》）

评述

1.产褥感染，临床变化多端，严重时可发展为盆腔脓肿、败血症，或出现感染性休克，必要时收住医院治疗，或采取中西医结合给予救治。

2.产褥感染属于中医学产后发热病中感染发热和血瘀发热两个证型。中医学的“产后发热”早见于《金匮要略·妇人产后病脉证并治》篇，嗣后，历代医家对本病的病因病机及辨证治疗均有论述。本病的病因由早起劳动，感受风寒的外感发热；由饮食不节，食滞内停的伤食发热；由恶露不去，瘀血停留的瘀血发热；有失血过多，阴血不足的血虚发热；由感染邪毒，正邪交争的产褥发热，又有蒸乳发热，劳倦伤力发热等等。本节主要讨论的是感染发热和血瘀发热两个证型，要详辨病情，不可误诊误治，更不可见之发热就解表退热发汗。要知大抵产后多血虚、阴虚，亦有气虚，妄投发汗，可变生他证。

李世珍

六　产后出血

在正常情况下，胎儿娩出后，阴道出血50～200毫升。胎儿娩出后24小时内出血量超过400毫升者，称为产后出血。胎儿娩出24小时以后，阴道大量出血，为产后晚期出血，或产褥期出血。

产后出血是引起产妇死亡的重要原因之一，也是产科常见而又严重的并发症之一。

发生率约占分娩总数的1～2%。产后出血一般多发生在产后2小时以内，如在短时间内大量出血，可迅速出现出血性休克，或由于失血使产妇的抵抗力降低，成为产褥感染的诱因。如对休克未及时抢救，可危及产妇的生命；如休克时间过长，即使抢救了生命，还可因脑垂体缺血坏死，发生垂体前叶功能减退的严重后遗症。因此，在产前、产时和产后积极采取各种预防措施和对产后出血的及时处理，是医务工作者的一项重要任务。

子宫乏力为本病常见的原因，约占产后出血总数的70～75%，亦有报导高达90%者。其次是胎盘留滞，是产后出血的另一种重要原因。再次就是因产道撕裂、凝血功能障碍等。出血可发生在胎盘娩出之前或胎盘娩出之后，或两期兼有。

中医学称本病为产后血崩。

病因病机

中医学认为，正气虚亏，产时乏力，瘀血内阻或胞衣不下，均可导致本病。

1.气虚： 体质素虚，正气不足，产时失血耗气，正气愈虚，不能摄血；或因产后操劳，劳倦伤脾，气虚下陷，以致冲任不固，不能摄血所致。

2.血瘀： 产后胞脉空虚，寒邪乘虚入胞，与血相搏，瘀血内阻，或胞衣残留，影响冲任，血不归经，以致产后出血。

3.气血亏虚： 素体气血亏虚，复因产时失血耗气，以致气不统摄，血海不固，产后大量出血。

现代医学认为，导致本病有产后宫缩乏力性出血、胎盘滞留，软产道裂伤及凝血功能障碍等原因。

临床表现

依其失血的多少、出血速度及产妇的体质强弱和产程是否顺利有关。如在短时间内大量出血，产妇会迅速出现休克，若不及时抢救，可危及生命。有时因产后少量出血，未引起重视，也能因失血过多而致休克。如果出血较慢，在失血的初期，机体有一定的代偿功能，脉搏、血压及一般情况可无明显改变，当出血过多以致身体不能代偿时，可很快进入休克状态，这种类型的出血易被忽视，可造成严重后果。

有时血不外流而积滞宫腔或阴道内，由于子宫腔内可积存1000毫升或更多的血液，此时可使宫底升高、子宫体积增大，当按压子宫底部或增加腹压时，可有大量血液及血块涌出，称为隐性出血。多见于子宫收缩乏力或胎盘滞留时。

当失血性休克出现时，产妇头晕、汗出、呵欠、呼吸短促，心悸不安、恶心呕吐、血压下降、面色苍白、表情淡漠、脉象细弱或微细。

辨证施治

本病的辨证，应从血量、色、质以及伴有的证候群，辨析所属证型。其治疗应遵循虚者补之，瘀者攻之，脱者固之的原则，分别施治。

1.气虚：

主证：出血量多，其色淡红，其质稀薄，无臭气。小腹下坠，神倦懒言，面色皖白，

舌淡，脉象缓弱。

治则：补气摄血。

处方：合谷　足三里（均双侧）

若挟有气滞者或恐上方峻补涩滞者，加泻双侧间使；伴有劳倦伤脾症状的，上方加灸双侧隐白穴。

穴方简释：针补具有补气升阳作用的合谷穴，与针补具有健脾益气作用的足三里，共奏补中益气、升阳举陷、固冲任、摄阴血之效。挟气滞者，加泻具有行气散滞作用的间使穴，行气散滞而不伤正气。因恐针补合谷、足三里峻补涩滞，配泻间使穴，行气散滞补中寓散又有助于补中益气，防止涩滞、中满。因劳倦伤脾为主者，加灸足太阴脾经的井穴隐白，佐以益脾摄血。

操作方法：合谷、足三里，用捻转补法，每穴连续补 3 ～ 5 分钟，即可拔针。隐白，用艾条温和灸，每次每穴艾灸 7 ～15分钟。

疗程：每日针治 1 次，严重者每日针治 2 次，以病愈为止。

2.血瘀：

主证：产后出血涩滞不爽，量少，其色紫暗有块，小腹疼痛、拒按，舌质紫暗或边有紫点，脉象弦涩或沉而有力。

治则：活血化瘀。

处方：三阴交(－)（双）　阴交(△)

若夹气虚伴有小腹空坠者，上方加补双合谷。

穴方简释：三阴交活血祛瘀，配灸局部的阴交穴，对局部以收温阳活血化瘀之效。气虚夹瘀者，加补合谷补气，共奏益气活血化瘀通络之效。

操作方法：用快速进针法，得气后，三阴交用捻转泻法，在留针 30分钟内，捻泻 2 ～ 3 次，每次每穴捻泻0.5～1分钟。合谷用捻转补法，连续捻补 3 ～ 5 分钟，即可拔针。阴交穴用艾条雀啄灸，每次艾灸10～15分钟。

疗程：针灸治疗每日 1 次，以愈为止。

3.气血亏虚：

主证：出血量多，气短喘急，自汗盗汗，头晕心悸，手足厥冷，面色苍白，大便自利，呃逆，舌淡，脉象微细或虚弱。

治则：大补气血，益气固脱。

处方：合谷　足三里　三阴交（均双侧）

若出现冷汗淋漓、愦闷不适、渐至昏不知人、眼闭口开、四肢厥冷、脉微欲绝或浮大而虚者，乃血虚气脱之象，治宜益气回阳固脱。针补双侧合谷、足三里，艾灸神阙。

穴方简释：针补合谷配补足三里，有补中益气汤的作用，针补合谷配补三阴交，有八珍汤的作用，三穴配伍，共奏补益气血，益气止血之效。针补合谷、足三里，配用艾灸神阙穴，可收益气回阳固脱之效。

操作方法：针补以上俞穴，可用捻转补泻，每穴连续捻补 5 ～ 8 分钟，或更长一点，方能起到立竿见影之效。神阙穴用艾条温和灸10～15分钟。在针补的同时，或针后艾灸神阙穴。

疗程：每日针灸治疗1次，直至病愈。

其他疗法

1 艾灸：取神厥，用艾条温和灸，每日1次，每次艾灸30分钟。适用于虚寒凝滞，并有助于子宫收缩。

2.耳针：取子宫、神门、交感、内分泌、肝、脾、肾、皮质下，每日针治1次，每次选用2～3穴，用中等刺激，留针15～20分钟。也可用埋线的方法。

3.穴位注射：取足三里、三阴交，用催生素1～2单位，或麦角0.1～0.2毫升，均用0.5%普鲁卡因稀释到1～2毫升，每次可选1穴，注入0.5～1毫升，两穴交替使用。

文献选录

“产后血崩者何？曰：因产后所下过多，气血暴虚，未得平复，或因劳役，或因惊恐，致血暴崩。”（《产育宝庆集》）

“若因内有停瘀者，必多小腹痛，当用佛手散、失笑散。”（《医宗金鉴》）

经验选要

血崩：气海、大敦、阴谷、太冲、然谷、三阴交、中极。（《神应经》）

血崩漏下，中极、子宫。（《针灸大成》）

评述

1.临床所见，不论产后出血，或产后晚期出血，凡因大量出血，导致气随血脱之重症时，法宜峻补，以塞其流。急补合谷、足三里、三阴交，益气摄血以固脱。以上三穴若用弱刺激或捻补时间短，则无济于事，每穴必须连续捻补5～10分钟，待3个俞穴，6个穴位捻补完毕，出血可止，由危转安，其手足厥冷，气短喘促，心悸汗出，脉微欲绝等证候群，亦随之好转。然后再谨守病机，辨证论治，以澄其源。

2.针灸治疗本病，对于因宫缩乏力引起的产后出血疗效好，对于胎盘滞留和凝血功能障碍者，效果较差，对于产道撕裂者，效果更差。

3.本病盖为虚实两类，临床上应详加辨证，否则误疗误治，危在顷刻。再者，如果失血之血不向外流，积滞于子宫腔内或阴道内，这种隐性出血，如以气虚失摄治之，施用益气止血之法，则可加重病情，使血瘀不得消散。

李世珍

七 产后腹痛

在产褥期，当子宫收缩时可发生阵发性的腹痛，称为产后痛或后阵缩痛。多见于经产妇特别在急产后，一般于产后1～2天即出现。在哺乳时特别显著。当产妇感觉疼痛时，子宫变硬，恶露增加，这种宫缩痛，可能由于子宫收缩所引起的血管缺血、组织缺

氧、神经纤维受压所致，产后3～4天自然消失，不需治疗，痛重者可给予治疗。

子宫复旧，产褥第1天，子宫底约与脐平，子宫底与耻骨联合上缘的距离为14～17厘米，以后每天下降1～2厘米，至产后10～14天降入盆腔，此时经腹部检查不易摸到子宫底。6周内完全恢复至近正常大小。

中医学认为，产妇分娩后由于子宫收缩而引起的腹痛，称为产后腹痛，亦称宫缩痛，或儿枕痛。

病因病机

本病的发生，主要是气血运行不畅，迟滞而痛。引起不畅的原因有血虚、血瘀和寒凝三个证型。

1.血虚： 由于产后失血，冲任空虚，胞脉失养；或因气虚血少，运行无力，以致血流不畅，而为血虚腹痛。正如《沈氏女科辑要笺正》所云：“失血太多，则气亦虚馁，滞而为痛。”

2.血瘀： 情志不畅，肝气郁结，疏泄失司，气机不宣，血行不畅，瘀血内停，脉络阻滞而为瘀血腹痛。

3.寒凝： 产后胞脉空虚，起居不慎，寒邪乘虚侵入，气血为寒邪凝滞，阻于胞脉，而为寒凝腹痛。

临床表现

产后宫缩痛，一般产后1～2天即可出现，在哺乳时特别显著。当产妇感觉疼痛时，子宫变硬，恶露增加，产后3～4天自然消失，无须治疗。若疼痛剧烈，影响产妇休息，可给予止痛药。

辨证施治

本病以痛在下腹部，呈阵发性为特点。其血虚腹痛者，多小腹隐痛，按之痛减，血量少而色淡。血瘀腹痛，则小腹疼痛拒按，血量少而色暗有块。寒凝腹痛，则小腹冷痛拒按，得热则缓。

1.血虚腹痛：

主证：小腹隐隐作痛，腹软喜按，恶露量少色淡，伴有头晕、耳鸣、心慌、大便燥结等症状，舌质淡红、苔薄，面色少华，脉象虚细。

治则：补血益气。

处方：三阴交　合谷（均双侧）

虚中夹实者，上方三阴交改用先泻后补之法。若夹气滞者，原方加泻双间使穴。

穴方简释：选取具有补血生血作用的三阴交和具有补气作用的合谷穴，共奏补血益气之效。补气以促使生血和血流的畅行，养血补血以濡养胞脉，气血旺盛则腹痛可止。虚中夹实者，三阴交改用先泻后补之法，以收活血调气之效，与合谷配补，共奏益气和血之功。若夹气滞者，加泻间使佐以行气，以利于气行血行。再者有利于峻补合谷、三阴交，佐以行气而不滞。

操作方法：合谷、三阴交，施用捻转补泻法中的补法，各穴连续捻转4分钟，不留针。三阴交先泻后补法，是使用捻转补泻法，先捻泻3分钟，留针10分钟后，再捻补4分钟拔针。间使穴施用捻转泻法，在留针30分钟内，捻泻2～3次，每次每穴捻泻0.5～1分钟。

疗程：每日或隔日针治1次，以治愈为止。

2.血瘀腹痛

主证：小腹疼痛，拒按，恶露量少，涩滞不畅，其色紫暗夹有瘀块，或小腹胀痛，痛连胸胁，舌质暗、苔薄白，脉象弦涩。

治则：行气活血，祛瘀止痛。

处方：三阴交　太冲（均双侧）

夹寒者，腹部痛点阿是穴或关元穴加艾灸。

穴方简释：取泻三阴交活血祛瘀，配泻肝经的太冲穴疏肝理气。共奏行气活血，祛瘀止痛之效。使肝气条达，血行通畅，则小腹疼痛、胸胁胀痛等得以缓解。夹寒邪侵袭者，上方加灸阿是穴，温散寒邪，祛瘀止痛。若针泻三阴交配用艾灸关元穴，具有生化汤之效。

操作方法：用快速进针法，得气后行捻转补泻法中的泻法，在留针30～40分钟内，各穴捻泻2～3次，每次捻泻0.5～1分钟，务使太冲穴针感循经走达小腹为佳。关元或阿是穴，使艾条雀啄灸，每穴艾灸10～20分钟。

疗程：隔日或每日针灸1次，直至治愈。

3.寒凝腹痛：

主证：小腹冷痛、拒按，得热稍减，面色青白，四肢不温，恶露不下或量少，其色紫暗有块，舌质暗淡、苔白滑，脉象沉紧或沉迟。

治则：助阳散寒，温通胞脉。

处方：艾灸关元　气海（或阿是穴）　针泻三阴交（双）

若血虚兼寒，证见腹部冷痛、得热痛减、手足逆冷、面色青白、脉细而迟者，可针补双膈俞或血海，艾灸关元、阿是穴。

穴方简释：艾灸关元、气海，温阳散寒以暖胞宫，配泻三阴交借助关元、气海温阳散寒之力，以发挥通经活血的作用。针补血海或血会穴膈俞具有补血作用，以治血虚，补血而不影响血行，配灸患处的关元、阿是穴，温阳散寒以利于温通血脉。二者配伍，血虚而兼寒凝之症得解。

操作方法：关元、气海、阿是穴，施用艾条雀啄灸，每次每穴各灸10～20分钟；三阴交，用泻法，在留针30～40分钟内，捻泻2～4次，每次每穴捻泻0.5～1分钟。血海或膈俞，用补法，每穴连续捻补4分钟，不留针。

疗程：每日针灸1次，直至治愈。

其他疗法

1.艾灸：①血虚腹痛，取血海、气海，用艾条温和灸，每穴每次艾灸10～20分钟，以病人有温热舒适感，皮肤红晕为度。每日艾灸1次。②血瘀腹痛，取归来、三阴交，用

艾条雀啄灸，每次每穴艾灸10～15分钟。以患者有明显的热感为度。每日艾灸1次。③寒凝腹痛，取归来、气海、关元，艾条雀啄灸，每次每穴艾灸10～20分钟。以患者有明显的热感为度。每日艾灸1次。

2.耳针：取子宫、肾、神门、内分泌，用中等刺激，或较强刺激间歇运针。每日1次，留针15～20分钟。也可作耳穴埋针。适用于血瘀证。

3.埋针：取腰阳关、三阴交，以1寸毫针，刺入穴位6～8分深，捻泻后，将针柄剪去上4/5，再将近针柄之针体弯曲，伏于肌肤，上以胶布固定。可埋2～4日。

文献选录

"腹中有块，上下时动，痛不可忍，此由产前聚血，产后气虚，恶露未净，新血与故血相搏而痛。"（《万氏妇科》）

"产后腹痛，若因去血过多而痛者，为血虚痛；若因恶露去少及瘀血壅滞而痛者，为有余痛；若因伤食而痛者，必恶食胀闷；若因风寒乘虚入于胞中而作痛者，必见冷痛形状。"（《医宗金鉴·妇科心法要诀》）

"产后腹痛，最当辨察虚实。血有留瘀而痛者，实痛也；无血而痛者，虚痛也。大都痛而且胀，或上冲胸胁，或拒按而手不可近者，皆实痛也，宜行之散之；若无胀满或喜揉按或喜热熨，或汤食稍缓者，皆属虚痛，不可妄用推逐等剂。"（《景岳全书·妇人规》）

"妇人产后脐腹痛，恶露不已：照海、水分、关元、膏肓、三阴交。"（《针灸大成》）

"产后腹痛，气海百壮。"（《针灸集成》）

经验选要

有人治疗产后宫缩痛32例。以经产妇较为多见，疼痛剧烈者伴有大量汗出，胃纳欠佳，不能睡眠，因而产后3～4天内严重影响产妇休息。一般经给以止痛剂或可暂时止痛，或疼痛减轻，但效果不显著。有不少产妇，经服用止痛剂，甚至注射止痛针均无效果，且多有副作用，并出现出汗、恶心、呕吐、乳汁减少等情况。经采用针灸治疗后，收效良好。针刺取穴分三组：第1组为中极、三阴交；第2组为关元、足三里；第3组为中极、足三里。针刺中极、三阴交时，用强刺激抑制手法。疼痛剧烈者，可延长留针时间1～2小时。留针期间子宫收缩时，可再行捻针，疼痛即可停止；针中极、关元穴时，应先嘱患者排尿后，再行针刺。

全组病例用上法治疗后，立即止痛者5例，疼痛缓解者21例，复发者4例，无效者2例。作者分析复发病例，多因留针时间短，病人不肯继续留针所致。针灸对病人一般可感到舒适而入睡，针灸后并能促进食欲，使子宫收缩良好，无不良副作用。（《针灸医学验集》）

还有人采用针刺、穴位注射治疗本病125例。其中针刺治疗92例，穴位注射治疗33例。全组病例均取三阴交。针刺刺入得气后，再将针体向上斜刺，进行留针（可用胶布把针柄固定于皮肤上），留针时间可根据病情30分钟至24小时。应用穴位注射的病例，

先用毫针针刺三阴交，得气后将针拔出，然后再将吸有0.25%普鲁卡因药液的注射针，按照毫针刺入的位置、方向和深度刺入，注入药液2～3毫升。全组病例中，经针刺治疗1次，于留针期间即停止疼痛者90例，占70%；其中有33例是在留针基础上改用穴位注射的，经穴注1次痊愈的26例，占78.8%。（《针灸医学验集》）

文献报道，用皮内针法治疗产后宫缩痛40例，本组病例，取穴三阴交、腰阳关、上仙（在第5腰椎与骶椎之间）、阿是穴等。以细短之银针平行刺入穴位皮内2～3毫米。留针时间一般1小时左右，若疼痛剧烈，且精神紧张者，可延长留针时间。或用皮下埋针，40例中，留针时间最短者5分钟，最长者36小时。文中指出，疗效与留针时间密切相关，应根据病人的具体情况而定。经1～2次治疗后，40例中疼痛消失者23例，减轻者11例，无效者6例，有效率为85%。有效病例中，除2例进行2次治疗外，其余均为针治1次获得治愈，且无1例复发。（《针灸医学验集》）

有人报道，用艾卷温和灸关元(每次灸5～10分钟)，治疗66例患者，其中疼痛消失者25例（占37.88%），疼痛显著减轻者32例（占48.49%），无效者9例（占13.63%），总有效率为86.23%，本组病例最多治疗次数为4次。（《针灸医学验集》）

评述

本病在《金匮要略·妇人产后病脉证并治》篇中已有记载。如“当归生姜羊肉汤”、“枳实芍药散”和“下瘀血汤”都是治疗产后腹痛的方剂。今试易针灸治疗如下：

“当归生姜羊肉汤”为产后血虚内寒腹痛的证治。其证多为腹中拘急，绵绵而痛，喜温喜按。施用针灸治疗，可用艾条温和灸神阙、阿是穴治之。

“枳实芍药散”为产后气血郁滞的腹痛证治。其证痛而且胀，烦满不得卧，痛连大腹。可针泻太冲、三阴交，行气活血，使气血得以宣通，则腹痛烦满等症自除。

“下瘀血汤”为产后瘀血腹痛的证治。因为瘀血凝着于脐下，故少腹刺痛、拒按，或有硬块。使用枳实芍药散不能胜任，当用下瘀血汤破血逐瘀治之。针灸疗法，可针泻三阴交、阿是穴，以收攻逐瘀血之效。

李世珍

八　缺乳

缺乳，是指产后乳汁分泌量少，不能满足婴儿的需要而言。多因产期出血过多，平素体弱、营养不良或情志失调所致。

在胎盘娩出后，孕激素和雌激素的水平突然下降而开始泌乳。正常情况下泌乳，大部分是由婴儿吸吮乳头所给予的刺激所控制的。生乳素是泌乳的基础。乳汁分泌与乳腺的发育，与产妇的营养和健康状况及情绪等有关。缺乳的治疗，没有具特殊疗效之法，主要依靠针灸和中药治疗，并应注意保证产妇的休息和睡眠，适当调节饮食，避免精神刺激及感染。

中医学认为，产后在哺乳期间，乳汁甚少或全无，称为缺乳，亦称为乳汁不足，或称乳汁不行。可分为气血虚弱、肝气郁滞和饮食停滞三个症型讨论。

病因病机

缺乳，多因身体虚弱，气血生化之源不足；或因肝郁气滞，乳络受阻；或因饮食不节，损伤脾胃，乳汁化生之源受阻所致。

1.气血虚弱：乳汁为血所化，赖气运行。乳汁来源于气血的化生，若平素气血亏虚，复因分娩失血过多，以致气血亏虚，不能化生乳汁。

2.肝气郁滞：产后情志抑郁，肝失条达，气机不利，以致乳络涩滞，乳汁运行受阻，因而乳汁不行。

3.饮食停滞：饮食不节，损伤脾胃，不能运化水谷精微，以致气血生化之源不足，无以化生乳汁而缺乳。

辨证施治

1.气血虚弱：

主证：乳汁减少，甚至全无，乳汁清稀，乳房柔软，又无胀感，面色少华，神疲食少，舌淡、少苔，脉象虚细。

治则：补气养血，佐以通乳。

处方：合谷（双）　三阴交　少泽

夹气滞者，加泻间使（双）。

穴方简释：补合谷、三阴交，气血双补，以促使乳汁的化生，因为“无气则乳无以化，无血则乳无以生”。配刺具有通乳、促使乳汁分泌的少泽穴，使乳汁丰盛，取补中寓通之意。夹有气滞乳络者，加泻间使穴，理气机以通乳络。

操作方法：合谷、三阴交，施用捻转补泻法中的补法，各穴连续捻补4～5分钟，不留针，少泽，用中等刺激留针10～15分钟。间使，用捻转补泻法中的泻法，在留20～30分钟内，捻泻2～3次，每次捻泻0.5～1分钟。

疗程：隔日针治1次，直至治愈。

2.肝郁气滞：

主证：乳汁减少，甚至全无，胸胁胀闷，情志抑郁不乐，或有微热，食欲减退。舌质正常、舌苔薄黄，脉象弦细而数。

治则：疏肝解郁，通络下乳。

处方：间使(一)（双）　期门（或太冲）　少泽

穴方简释：针泻手厥阴心包经的间使穴，用于行气散滞，取泻肝经的期门或太冲穴，用于疏肝解郁，加泻通乳要穴少泽，用于通乳。

操作方法：以上诸穴用捻转补泻法中的泻法，在留针30～40分钟内，捻泻2～3次，每次每穴捻泻0.5～1分钟。

疗程：隔日针治1次，直至治愈。

3.饮食停滞：

主证：乳汁甚少，甚或全无，胃腹胀满不舒，脘闷纳呆，嗳气吞酸，舌苔厚白，脉滑。

治则：消积化滞，通络下乳。

处方：中脘　足三里（双）　少泽

若夹气滞犯胃者，上方减中脘，加泻双侧间使穴。

穴方简释：泻胃部的中脘穴，和胃导滞，配泻足三里穴消积散滞，使积滞消散，脾胃复常，乳汁生化有源，则缺乳可愈。方中配刺少泽促使通乳。属于肝气犯胃、胃纳失司者，上方减中脘，取泻足三里和胃导滞，加泻具有行气散滞作用的间使穴，共奏理气和胃消积导滞之效。使气调积消胃和则胃纳复常，生化乳汁有源，则缺乳得愈，加刺少泽穴佐以通乳，促使乳汁的分泌。

操作方法：用快速进针法，得气后施用捻转补泻法中的泻法，在留针30～40分钟内，捻泻2～3次，每次每穴捻泻0.5～1分钟。少泽穴用中等刺激，留针20～40分钟。

疗程：隔日针治一次，五次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取胸、内分泌、交感，用毫针刺入，留针10分钟左右，每日1次，适用于肝郁气滞。

若食欲不佳者，取胸、脾、胃、内分泌。方法同上。

2.梅花针：取背部第3～5胸椎旁开2寸，胸前2侧乳房周围及乳晕部、肋间部。胸椎两侧各一排，每排叩打4～5次，由上至下垂直叩打。再沿肋间向左右侧散刺，每斜行叩打5～7次，两乳房作放射性叩打，乳晕部作环形叩打。用轻刺激法，每天1次。避免重刺激损伤皮肤。

文献选录

“妇人乳汁，乃冲任气血所化，故下则为经，上则为乳。若产后乳迟乳少者，由气血之不足。而犹或无乳者，其为冲任之虚弱无疑也。”（《景岳全书·妇人规》）

“产妇有二种乳脉不行。有气血盛而壅闭不行者；有血虚气弱，涩而不行者，虚当补之；盛当疏之。”（《三因一病证方论》）

“妇人产后绝无点滴之乳，人以为乳管之闭也，谁知是气与血之两涸乎！夫乳乃气血之所化而成也，无血固不能生乳汁，无气亦不能生乳汁。然二者之中，血之化乳，又不若气之所化为尤速。新产之妇，血已大亏，血本自顾不暇，又何能以化乳？乳全赖气之力，以行血而化之也。今产后数日，而乳不下点滴之汁，其血少气衰可知。气旺则乳汁旺，气衰则乳汁衰，气涸则乳汁亦涸，必然之势也。世人不知大补气血之妙，而一味通乳，岂知无气则乳无以化，无血则乳无以生，不几向饥人而乞食，贫人而索金乎？治法宜补气以生血，而乳汁自下，不必利窍以通乳也。”（《傅青主女科》）

乳难，太冲及复溜主之。（《针灸甲乙经》）

妇人无乳法，初针两手小指外侧近爪甲深1分，两手腋门深3分，两手天井深六分。（《千金翼方》）

无乳膻中、少泽烧。（《杂病歌》）

妇人无乳，少泽、合谷、膻中。（《针灸大成》）

经验选要

针刺治疗产后早期乳汁不足50例。治疗时间以产后 5 天分泌乳汁仍少时开始。主穴：膻中、乳根；配穴，合谷、三阴交。用轻刺激手法，以患者感到乳房部位麻木胀痛时为止。留针15分钟，每 3 分钟捻转 1 次。疗效：显效44例，进步 5 例，无效 1 例。（《针灸临床经验辑要》）

针刺治疗缺乳56例。缺乳最短 7 天，最长10个月，其中以 2 个月以下者最多。主穴膈俞、脾俞、足三里、曲池、膻中；配穴，血海、乳根。膈俞、脾俞、足三里，用补法；曲池、血海，用泻法；膻中、乳根，用平补平泻法。每日针治 1 次，连续 3 次为一疗程。疗效：显效41例，有效11例，无效 4 例。一般针治 3 ～ 4 次可见显效。（《针灸临床经验辑要》）

有人研究针灸对生乳激素的影响，进行了针刺前后缺乳妇血液中生乳激素含量变化的观察，结果表明在9例缺乳妇的针灸催乳治疗中，显效 3 例，有效 3 例，无效 3 例。在有效例中，生乳激素增加；临床无效者，生乳激素无大变化。由此认为，垂体前叶生乳激素在针灸催乳中，很可能起着重要作用。（《针灸医学验集》）

评述

1. 本病应与乳痈缺乳相鉴别。乳痈初起恶寒发热，乳房红肿热痛，继则化脓溃破成痈；缺乳则无此热证，仅出现乳汁量少或全无，但伴有气血亏虚或肝郁气滞的证候群。

2. 缺乳在30～60天，甚至90天，只要辨证明确，针灸治疗均有一定的效果。不过患病时间愈久则治疗时间愈长。本病如无气血亏虚、肝郁气滞和饮食停滞的病因或证候群者，仍应以气血亏虚治之，针补双合谷、三阴交，大补气血而愈病。意以“无气则乳无以化，无血则乳无以生”的理论为指导，和在哺乳期患者多因消耗气血，而气血多亏为指导，施用此法的。

李世珍

九　无排卵型月经失调

月经失调，是在没有内生殖器器质性病变情况下，月经周期、经期或经量的异常，是妇科疾病中常见的症状。一般分为无排卵型和有排卵型二种。针灸对无排卵型月经失调有较好疗效。

无排卵型月经失调的临床表现主要为：月经周期无定，短则10余天，长则数月以上，甚至闭经；经期短者 1 天，长者持续不断，可达 1 个月以上；经量或很少，或极多，甚至引起贫血。亦有表现为月经周期、经期和经量均正常者。不论其月经失调形式，基础体温均为单相。阴道脱落细胞涂片和宫颈粘液检查无正常的周期变化。月经前或流血前子宫内膜呈增生期，或增生过长变化。已婚者有不孕史。

中医学中本病属崩漏、月经不调、闭经、不孕等范畴。

病因病机

中医学认为，女子七岁肾气盛，二七天癸至，于是月经来潮而有生育能力。月经的正常及生育，和肾经、冲任脉紧密相关，和肝、脾二经及督脉亦有较多关连。

现代医学中，随着神经生殖内分泌学的快速发展，对排卵机制及某些无排卵月经失调的病机有了较深认识，总的来说与下丘脑功能抑制、垂体反应性下降及卵巢对促性腺激素反应减弱或缺失，均能影响全轴，而发生排卵功能障碍。

临床表现

无排卵型月经失调的表现可有周期、经期和经量方面的异常，并均具备基础体温单相和不育特征。按其所影响环节而出现的病或综合征主要有以下各类。

1. 神经性厌食：以少女为多见。表现为厌食、消瘦，性情执拗，闭经，阴道脱落细胞涂片显示雌激素水平低落，血促性腺激素低水平，血肾上腺皮质激素略升高。

2. 运动性月经失调：在运动员或舞蹈演员中可见。表现为与运动量明显增加相关的月经稀少或闭经，阴道脱落细胞显示雌激素水平低落，血促性腺激素低水平，可有血β-内啡肽水平升高现象。

3. 垂体功能低下性排卵障碍：月经不规则，常出现月经稀少或闭经。一般阴道脱落细胞涂片显示雌激素水平低落，血促性腺激素水平均低，LH-RH垂体兴奋试验出现延迟反应或无反应。

4. 溢乳闭经综合征：在闭经同时有溢乳现象，血泌乳素水平明显升高，促性腺激素水平一般低下。

5. 多囊卵巢综合征：大多表现肥胖、多毛，阴道脱落细胞涂片显示雌激素水平低落。血促黄体生成激素和促卵泡成熟激素（LH/FSH）比值> 3 。血睾酮水平相对升高。

6. 无反应卵巢综合征：主要表现为继发闭经，有烘热汗出，阴道脱落细胞涂片显示雌激素低水平或极度低落。血促性腺激素水平达绝经后的高水平。

辨证施治

1. 肝肾失养：

主证：月经不调，基础体温单相，腰酸，乏力，不育，舌淡、苔薄，脉细。

治则：补益肝肾，调养冲任。

处方：关元(＋)　中极(＋)　子宫(＋)双　三阴交(＋)双

穴方简释：关元穴是任脉要穴，冲脉起于关元之下，针刺关元以启动或加速冲脉之气血运行，而治绝嗣不生之病。中极是任脉又一要穴，任脉起于中极穴之下，针刺中极以启动任脉气血运行，治妇人断绪。关元、中极，是任脉与肾、肝、脾足三阴经的交会穴，故关元、中极穴针刺后又可调补肾、肝、脾三经气血，并将其引入冲任脉。子宫穴为经外奇穴，主治妇人久无子嗣。三阴交为脾经穴，主阴血，是肾、肝、脾三经的交会穴，是妇科常用穴，有理气化瘀之功效。

操作方法：进针得气后，用提插补法，留针30分钟或通电，频率3赫兹的双向尖波，

强度<5毫安，电刺激也是30分钟。

疗程：在月经第14天开始，每日治疗1次，连续3次为一疗程。如无排卵，则1周后可再重复1个疗程。

2.肝脾不和：

主证：形体消瘦，胸闷厌食，便秘、精神抑郁，烦躁易怒，舌红、苔薄，脉细弦。

治则：疏肝健脾，调养冲任。

处方：关元(＋)　三阴交(＋)　足三里(＋)　内关(－)　太冲(－)

操作方法：同前。待精神渐增、胃纳好转后减去足三里、太冲、内关，体质恢复后再单从调养冲任原则加以治疗。

疗程：同前。

痰湿互阻：

主证：形体肥胖，舌淡多痰，二侧卵巢对称性增大，脉濡滑，舌淡胖、苔白腻。

治则：健脾化痰，补肝肾，调冲任。

处方：阴陵泉(＋)　丰隆(－)

操作方法：和上述基本穴针刺方法相同。

疗程：同前。

其他疗法

1.埋线： 取三阴交，于月经第3～7天，将00号肠线1厘米长，经消毒后注入三阴交穴位。在月经第14天肌肉注射绒毛膜促性腺激素3天。

2.耳针： 取子宫、内分泌、肾、肝，于月经第14～16天，耳廓消毒后，针刺穴位留针30分钟，每日1次，两侧耳穴交替使用，共3天，亦可以王不留行子敷贴在上述穴位，隔日两耳交替，每日压迫4～5次，每次10分钟，共3天。

文献选录

月经不调，气海，中极，带脉，肾俞，三阴交。(《针灸大成·妇人门》)

女子经侯不匀调，中极气海与中髎。(《扁鹊神应针玉龙歌》)

下经若冷，来无定时，关元。(《针灸大成·妇人门》)

女子月事不来，面黄干呕，妊娠不成，曲池，支沟，三里，三阴交。(《针灸大成·妇人门》)

经验选要

俞瑾等以针刺促排卵55例，取穴关元、中极、三阴交。排卵率60%(33例)。经测定，针刺后病人手部皮肤温度上升者33例，其中28例针刺后排卵，针刺后手部皮肤温度下降者22例，其中5例针刺后排卵。在13个无排卵月经失调周期中，在测针刺后手部温度变化同时，测定血中β-内啡肽类物质水平，结果针刺后手部皮肤温度上升者，均伴血β-内啡肽类物质水平接近正常，或由高水平降为正常水平现象，而针刺后手温下降者均有血β-内啡肽升高现象，二者间呈负相关。又在10个无排卵型月经失调病人中发

现；针刺前血促卵泡成熟激素，促黄体生成激素及其血内脉冲频率低者，针刺后诸值均上升，并出现排卵；针刺前以上诸值在正常范围者，针刺后无排卵现象，说明针刺可通过调节中枢下丘脑-垂体功能而促卵巢排卵。（1982～1987年）

祝秀都等，对针刺后手部皮肤温度升高者27例无排卵月经失调病人，进行针刺促排卵治疗。取穴中极、关元、子宫（双）、三阴交（双）。结果针刺后22例排卵（80.6%）。证实针刺后手温升高者，可作为针刺后排卵治疗的预选指标。

陈德永等，对排卵障碍病人在月经第3～7天用三阴交埋线法结合月经中期注射绒毛膜促性腺激素方法，治疗24例，结果18例排卵，16例妊娠。（1985年）

林至君等以中药人工周期加针刺穴位相结合法治疗无排卵月经失调病人49例，41例治疗后排卵，效果显著优于单纯用中药或针刺治疗组。（1986年）

郑长庚等以针刺穴位加中药治疗40例无排卵的不育患者，妊娠者31例（77.5%）。（1986年）

评述

1.无排卵型月经失调病的诊断应在治疗前明确，无内生殖器器质性病变，并有基础体温，阴道脱落细胞涂片，宫颈粘液结晶或子宫内膜显示无排卵现象的依据。对先天性卵巢发育不良，卵巢早衰等卵巢因素引起的月经失调，按目前针刺研究提示无效。

2.治疗中所取穴位是一般无排卵月经失调的辨病取穴，在具体病人中尚可结合辨证而变化，并结合宫颈粘液变化，阴道脱落细胞涂片变化以及卵巢滤泡生长情况，来决定针刺穴位的增减，和针刺时间、次数以及疗程，以提高效果。

3.目前已知针刺后手部皮肤温度上升者，亦即交感神经系统受抑制者效果较好。因此，对因植物神经系统紊乱而引起的无排卵型月经失调，本针刺可起调节治疗作用。血β-内啡肽水平主要反映垂体部位的分泌，针刺后血β-内啡肽水平和交感神经系统反应相关，提示垂体对针刺的应激反应和交感神经系统反应相关。

4.临床实验证明，针刺可激动垂体促性腺激素的脉冲式分泌，在下丘脑-垂体受抑制者针刺效果较好。如下丘脑-垂体功能尚正常而卵巢功能差，则针刺效果差。提示了针刺是通过中枢调节下丘脑-垂体功能而起促排卵功效的。

5.在实践中已证实，针刺的促排卵作用则连续使用则效果不持久。因此针刺治疗促排卵如与中药、西药结合进行，则效果可能提高。

俞瑾

十　月经不调

月经是指子宫周期性出血的生理现象。女子一般在14岁左右月经即开始来潮，到50岁左右，即自行断绝。中间除妊娠及哺乳期外，通常每月来潮1次，每次持续均为3～7天。凡是月经的周期、血量、血色和经质的异常，都属月经不调。它包括月经先期、月经后期、月经先后无定期、月经过多、月经过少等。

中医对月经先期，又称为经期超前、经早；对月经后期又称为经期退后、经期错

后，经迟对月经先后无定期又称为月经愆期，对经期延长又称月水不断或经事延长。

病因病机

中医学认为本病与肾、肝、脾三脏有密切关系。肾气充盛、肝脾和调、冲任脉盛，则经血按时而下。如素体阳盛、过服辛辣，或肝郁化火，或水亏火旺，热扰冲任，或饮食劳倦、思虑伤脾、统摄无权，冲任不固，则致月经先期。外感寒邪，血为寒凝，或久病体虚，化源不足，血海不能如期满溢，致月经后期。或情志抑郁，肝气不疏，或肾气虚衰，藏泄失司，冲任失调，血海蓄溢失常，致使月经先后无定期。

现代医学认为，丘脑下部-垂体-卵巢三者之间动态平衡的关系受到外界环境、精神情绪、全身健康状况以及其他内分泌腺功能的影响后，任何一个环节不能保持此种平衡均能导致月经不调。

临床表现

月经先期以月经周期提前 7 天以上为主证，甚至半月一行，连续两个周期以上。可伴有经色、经质的异常，一般经期、经量正常，但亦可合并经量过多，经期延长。

月经后期，指月经周期超过 7 天以上，甚至40～50天一潮，并连续 2 个月经周期以上者。

月经先后无定期，属月经周期的严重紊乱，其临床表现无一定规律，可以连续提前 2 个周期，又见一次延后；或可以连续 2 个周期推后，忽见一次提前；或前后错杂更迭不定。一般经量不多，经期正常，严重者可向崩漏或闭经转化。

临床必须以患者原有的月经规律而定。如偶尔超前或落后 3 — 5 天，也无其他不适，则不列入月经失调范畴。

辨证施治

1. 月经先期：

月经先期，临床分为两型。

(1) 血热：

主证：经行先期，量多或少，色深红或紫，质粘稠。伴面红口干，心烦易怒，少腹、乳房胀痛，小便短黄，舌红、苔黄，脉数。

治则：清泄邪热，凉血调经。

处方：关元（ — ）　血海（ — ）　太冲（ — ）

虚热，配太溪、三阴交；心烦，加神门。

穴方简释：任主胞胎，冲为血海，冲任脉气调畅，则月事调和。关元为任脉经穴，冲脉起于关元，且为足三阴交会之处，是调理冲任之要穴，刺之可清三阴经之邪热而养阴。血海专调血分，能清血热。太冲为肝经原穴，泻之可疏泄肝火，清热凉血。邪热去，冲任调，经血按时而行。

操作方法：进针得气后，施提插捻转补泻法。不灸。

疗程：每天1次，10次为一疗程。月经期间停针。

（2）气虚：

主证：经量增多，色淡质稀，神疲肢倦，纳少便溏，舌淡，脉细濡。

治则：强健中焦，补气摄血。

处方：脾俞（＋）　足三里（＋）　气海（＋）

月经过多，灸隐白；便溏，加天枢。

穴方简释：脾胃为气血生化之源，脾能统血，脾气旺则血有所统，故取脾俞益气摄血。胃经合穴足三里有调补脾胃、扶正培元，滋运化而助统摄之功。气海为任脉经穴，可调一身之气，气为血帅，气充而血统，针补或艾灸能补气摄血。

操作方法：进针得气后，行提插捻转补法。针后加灸，或用温针灸。

疗程：同上。

2.月经后期：

通常因血寒引起者居多数。

主证：经期延后，量少，色黯有血块，或色淡红质清稀，小腹痛，得热痛减，畏寒肢冷，头晕眼花，腰酸无力，小便清长，舌淡，苔白，脉沉迟。

治则：温经散寒，调理气血。

处方：气海（＋）　中极（－）　膈俞（＋）　归来（－）

头晕眼花，加肝俞、脾俞；腰酸无力，加命门、太溪。

穴方简释：本证由气血不充、寒入胞宫、冲任闭阻所致，宜用艾炷灸气海、膈俞穴。灸气海，可补益真元，温通冲任，驱逐寒邪；灸血会膈俞，能养血理血，温经行血。中极，调任脉而通胞宫，归来善治月经失调病症，尤其对寒证更佳，具有温通胞脉，散寒活血之功。

操作方法：进针得气后，施提插捻转补泻法。气海、膈俞采用灸法或针后加灸。

3.月经先后无定期：

月经无定期，临床分为两型。

（1）肝郁：

主证：月经周期不定，经量或多或少，色紫红，有块，行经不畅，或有胸胁、乳房、少腹胀痛，嗳气食少，苔薄，脉弦。

治则：疏肝解郁，行气活血。

处方：肝俞（－）　期门（－）　行间（－）　血海（－）

穴方简释：肝俞、期门，俞募配伍以疏肝解郁，条达气机。行间，为肝经荥子穴，本“实则泻其子”的针刺原则，泻之以祛邪调畅肝气。伍用血海，直达血分而祛瘀活血，以利气行。四穴共奏疏肝解郁，行气活血之效。

操作方法：进针得气后施提插捻转泻法，不灸。

（2）肾虚：

主证：经行先后无定，量少，色淡黯，质清，或腰骶疼痛，或头晕耳鸣，舌淡苔少，脉细。

治则：补益肾气，培本固元。

处方：肾俞（＋）　太溪（＋）　关元（＋）　三阴交（＋）

腰骶疼痛，加腰眼。

穴方简释：肾俞、太溪，一为肾脏精气集聚之处，一为肾经原气汇集所在，刺之可调补肾气以助封藏，充养冲任以调血海。关元、三阴交相配，可温补下元真气、调和肝脾肾三脏。下元固，脏气和，则冲任通调，经血应时而潮。

操作方法：进针得气后施提插捻转补泻法。酌情加用灸法。

其他疗法

1.艾灸： 取关元，自月经干净开始，隔姜灸3～5壮，隔日1次，10次为一疗程。适应于虚寒型月经不调。

2.皮肤针： 取冲、任、督、带、肝、脾，肾等，经腹侧脐以下和背侧第2腰椎以下的部位。于经前7天用梅花针叩刺，以不出血为度。经来时停止治疗。

3.挑治： 在腰阳关至腰俞之间，任选一点（最好取低位），用三棱针挑治。

4.埋线： 取中极透关元、三阴交、脾俞、肾俞，用腰椎穿刺针将羊肠线埋入。每次埋2～3穴，7～10天可埋一次，5～7次为一疗程。

5.耳针： 取子宫、内分泌、卵巢、肝、脾、肾。每次取2～3穴，中等刺激，留针15～20分钟，隔日1次。也可耳穴埋线。

文献选录

月经不调：气海、中极、带脉（1壮）、肾俞、三阴交。（《针灸大成》）

血结月事不调：气海、中极、照海。（《类经图翼》）

经验选要

赖恒，“月经不调的耳压疗法”。主穴：子宫、内分泌、卵巢、肾、肝、脾，配穴：脑点。血虚不寐，加神门；心跳缓慢，加心、交感；心率快，加迷根。用王不留行压耳。月经多者，用菟丝子。两天1次，10次一疗程。每天按压3～5次。30例中痊愈18例，总有效率96.2%（《中国针灸》 6（5）:27，1986年）

兰州军区军医学校，“氦氖激光投照三阴交穴位对月经不调及免疫机能的影响”以氦氖激光治疗仪垂直照射三阴交穴，左右同治，每次每穴20分钟，14次为一疗程。30例中显效率为46.7%，有效率达76.7%。（《陕西中医学院学报》（2）:16，1982年）

评述

针灸治疗月经不调，效果较好。本病的发生，多与冲任失调有关，故治疗上取冲任脉穴为主，根据辨证而选用它穴。有人报导，将皮内针埋于冲脉的大赫、任脉的关元或中极内，能够改善迟发排卵，用来治疗卵巢功能异常。施治时机，因虚实证状而有所不一。一般实证宜在行经前7～10天开始治疗，每日一次；虚证于行经后1～2天即开始治疗，隔日一次。行经期停针，连续治疗3～5个月经周期。如行经期需要针刺，则不宜强刺激，一般宜中弱刺激，尤其是小腹和腰骶部穴位。否则，会出现月经过多现象。

月经不调患者，日常应注意生活摄养及经期卫生。

十一　不孕症

女子结婚后夫妇同居二年以上，配偶生殖功能正常，未避孕而不受孕者，称原发性不孕，亦称无子、全不产。如曾生育或流产后，未避孕而又2年以上不再受孕者，称"继发性不孕"。又称"断绪"。《素问·骨空论篇》首载不孕之名。

导致不孕证的因素很多，如古人谓之五不女的螺、纹、鼓、角、脉五种，大多属于女子先天性生理缺陷，针灸所不能奏效，不属本节论述范畴。

病因病机

肾主生殖，不孕与肾的关系密切，并与天癸、冲任、子宫的功能失调，或脏腑气血不和，影响胞脉功能有关。如先天不足，肾气虚弱；或精血亏损，冲任虚衰，寒客胞脉而不能成孕；或情志不畅，肝气郁结，气血不和；或恶血留内、气滞血瘀，或脾虚不运，痰湿内生，痰瘀互阻，胞脉不通均可导致不孕。

辨证施治

1.肾虚：

主证：月经初潮较晚，或月经失调，量少色淡，精神疲倦，头晕耳鸣，腰膝酸软。苔薄白，脉沉。

治则：滋补肾气。

处方：肾俞（＋）　太溪（＋）　照海（＋）　关元（＋）

穴方简释：肾藏精，主生殖，肾气旺盛，精血充足、冲任和调，乃可摄精成子。肾俞，为肾经精气所聚之处，太溪为肾经原穴；照海亦属肾经。三穴合用可滋养先天，补益肾气。配任脉关元，滋补下焦真元。

操作方法：提插捻转补泻法。关元穴可加用灸法。

疗程：每日1次，10次一疗程。

2.虚寒：

主证：月经量少色淡，周期错后，小腹冷痛，形寒肢冷，面色萎黄，头晕心悸，小便清长，舌淡、苔薄，脉沉迟。

治则：补虚散寒。

处方：关元（＋）　气海（＋）　命门（＋）　足三里（＋）

头晕心悸，加神门；月经错后，加归来、天枢。

穴方简释：艾炷重灸关元、气海，温补下焦真元而振奋一身之阳气。取命门以助肾中真阳，补益精血、暖宫散寒。配足三里，调补生化之源而补气生血。

操作方法：提插捻转补泻。关元、气海，施用灸法；命门、足三里，针灸并用。

3.肝郁：

主证：经期先后不定，经来腹痛，量少色黯，有小血块，经前乳房胀痛，精神抑郁，

烦躁易怒，舌质淡红或黯红、苔薄白，脉弦。

治则：疏肝解郁。

处方：肝俞（－）　太冲（－）　中极（－）

精神抑郁，加百会、四神聪。

穴方简释：肝俞、太冲为肝气所聚及所行之处，刺之可疏肝解郁行气。中极能调理冲任。肝气条达，冲任调畅而易受孕。

操作方法：提插捻转补泻法。

4.痰瘀互阻：

主证：经期错后，经行涩滞不畅，夹有血块，胸胁胀满，烦躁易怒，或形体肥胖，头晕心悸，白带量多而粘稠，舌质黯或有瘀斑、苔白腻，脉滑或涩。

治则：化痰祛瘀。

处方：中极（－）　丰隆（－）　气海（－）　血海（－）

胸胁胀满，加太冲、支沟；白带多，加次髎、带脉。

穴方简释：中极，为任脉与足三阴之会，是治疗下焦瘀阻的经验要穴。丰隆，可调理中焦，理气化痰。气海、血海，一可行气，一能理血，刺之行气活血化瘀而通胞脉。

操作方法：提插捻转补泻法。

其他疗法

耳针：取内分泌、肾、子宫、皮质下、卵巢，中等刺激，每日1次，每次2～3穴，10次为一疗程。也可耳穴埋针。

文献选录

绝子，灸脐中，令有子。（《甲乙经》）

次髎、涌泉、商丘，治绝子。（《针灸资生经》）

催孕：下三里、至阴、合谷、三阴交、曲骨7～77壮即有子。（《针灸集成》）

经验选要

揭阳县河婆卫生院，“灸治妇人不孕证初步观察”。取内关、三阴交穴，用艾条灸15～20分钟，隔日1次，1年后随访，15例中12例已生育或受孕，2例情况不明，1例无效。（《广东中医》 4（8）：1959年）

朱汝功等，“针刺治疗输卵管不通”。以气海、关元、水道及三阴交穴为主，予提插手法至得气后，用电针。留针20分钟，隔日一次。针刺治疗2例均获效。（《上海中医药杂志》（7）:20，1981年）

毛文洪等，“手部割治疗法治疗妇女不孕症的探讨”。割治食指与中指间掌部，治疗原发性不孕137例，有效率为92%；继发性不孕63例，有效率为91%。（《上海中医药杂志》（8）:24 1964年）

评述

男女双方皆可患不孕症，故治疗前必须明确诊断，应详细讯问有关病史，如月经史、婚产史、带下史、性生活史等。并进行妇科检查、输卵管通畅试验、卵巢功能测定、男方精液检查等，以助诊断。根据不同病因予以治疗。

针灸治疗功能性不孕的效果较好，曾有人在三阴交穴埋线，来调节卵巢功能，促进排卵。针刺对少数因子宫发育不全不孕者也有效。一般认为针灸、中药并用可提高疗效。

陈文娟

第十一章　小儿科

儿科证治方法基本上与内、外（包括皮肤）、五官等科相同，其辨证论治可参阅以上各科"概述"辨证纲要。但由于小儿不能自述病情，四诊难以求全，复因小儿从初生起一直处于生长发育过程，其各个器官正处在生长发育阶段，所以中医学认为小儿乃纯阳之体，其再生与修复的能力相当旺盛，小儿机体属于稚阴稚阳，生理上表现为脏腑娇嫩，在病理上就易虚易实，易病易变。临诊辨证，应特别注意望神、察形态、审苗窍，验指纹。针灸治疗要特别掌握好用针用艾的剂量，尤其是针刺补泻手法，一般采用针留、手留的短暂运针法。小儿科病急症实症居多，痰热内蕴证法，当清热化痰平喘；邪毒内陷证，法当清热解毒；伤食积滞证，法当消食导滞；肝风鸱张证，法当镇惊熄风开窍；慢性病虚证居多，以肺脾肾三脏最早常见，治法以健脾益气或培补肾元为基本大法。

黄羨明

一　惊厥

惊厥，是小儿时期较常见的中枢神经系统器质或功能异常的急症，指全身抽搐伴意识丧失，出生后头2～3年内多见。重者，反复发作或呈持续状态，常因缺氧而致不可逆性脑损伤。故惊厥一旦发生，都要按急症处理，必须立即给予控制。

中医学认为，惊厥属痉症，痉证是全身强急的一种病证。古代医家亦有称之为惊风、惊痫、发搐等，有"惊风即痉"、"痉即惊风"之说。近代习惯上将成人痉证称为痉，小儿痉证称为惊风，或曰小儿痉。

惊风，在小儿疾病中为一重证，古代医家认为是一种恶候。《东医宝鉴》中说："小儿之候最危者，无越惊风之证，吉凶反掌，变生瞬息。"《幼科释谜》中说："小儿之病，最重惟惊。"由于病情严重、变化迅猛，被列为儿科"痧、痘、惊，疳"四大要证之一。凡起病急骤，证属阳、实、热者，称为急惊风；病来缓慢，证属阴、虚、寒者，称为慢惊风。慢惊风进一步发展而致阳气衰败，虚之甚者，称为慢脾风。

病因病机

1.急惊风：以外感时邪内蕴痰热为主。外感六淫皆能致惊，其中尤以冬春之风邪、

夏秋之暑邪，以及天行疫疠之邪为多。当冬春之季，寒暖不调，气候骤变，小儿肌肤薄弱，腠理不密，形气未充，易感风寒之邪，侵袭肌表或从口鼻而入，易于传变，蕴而化热，热盛生痰，热极生风。夏秋之季，暑气熏迫，易受暑邪侵犯，暑为阳邪，化火最速，传变急骤，内陷心包，引动肝风。暑多夹湿，湿为阴邪，若被热蒸化为痰浊，则蒙蔽心窍，痰动则风生。感受疫疠之邪，则起病急骤，传变尤为迅速，最易出现实热内闭危象。痰热积滞，也是小儿惊厥病因之一，若痰热内伏，或饮食不节，或误食污染毒邪之食物，郁结肠胃，湿热内阻，蒙蔽心包，引动肝风，可见呕吐、泄痢、腹痛、便秘、高热、惊厥等症。另外，小儿暴受惊恐，伤神伤志，惊惕不安，引动肝风也可导致惊厥。

急惊风的主要病机是热、痰、惊、风，且互为影响，其主要病变则在心肝两经。故《幼科发挥》曰："急惊风者，肝风甚而心火从之。"

2.慢惊风：历代医家认为，久吐久泻或攻伐太过，大吐大泻不止引起脾胃受损、脾阳衰败、气血资生化源告竭，肝脏及筋脉失于濡养而致风动惊厥；或因禀赋不足及其他原因导致脾虚及肾，脾肾阳虚，肝肾阴亏等病理变化，从而产生慢脾风。

现代医学认为，小儿惊厥是神经系统功能暂时紊乱的现象，因为小儿神经系统尚未完全发育成熟，兴奋容易扩散，而高热性疾病在小儿较为常见，故惊厥较多见。其病因包括：高热惊厥（与神经系统感染无关），神经系统器质性疾病（如感染、损伤、肿瘤、脑发育不良等），代谢及营养障碍（如缺氧、低血糖、维生素B缺乏、碱中毒等）、中毒（如细菌毒素、药物、农药、食物中毒等），以及癫痫、癔病等。惊厥的病理基础，是各种疾病使脑的部分灰质细胞功能紊乱，异常放电，导致骨骼肌不随意收缩。其生化基础，据认为是抑制神经兴奋的物质（如γ酪氨酸）缺少，造成细胞膜电位的改变和神经元兴奋阈的降低。故惊厥只是一种症状，而非一独立疾病，除了对症治疗外还须作病因治疗。

临床表现

惊厥发作时的典型临床表现，是意识突然丧失，同时急骤发生全身性或局限性、强直性或阵挛性抽搐，多伴有两眼上翻、凝视或斜视。口吐白沫等症状，甚至面色苍白、口唇指甲发紫、大量出汗、体温升高、四肢厥冷及窒息、缺氧等症。发作时间，可由数秒至数分钟。严重者，反复多次发作，甚至呈持续状态，可引起脑的损害及呼吸循环衰竭等危象。惊厥局限于一侧或某一肢体，往往提示脑内有器质性病变。

辨证施治

急惊风除原发病的固有症状外，还可出现手足抽搐、神智昏蒙、烦躁谵语，时发惊啼，或高热昏厥、窜视反引、口噤不开、痰涎壅盛、角弓反张、面现青紫等，可概括为下述三型。

1.外感惊风：

主证：除上述主证外，兼见发热、头痛、咳嗽、咽红、或恶心呕吐，或口渴烦躁，苔黄、脉弦数，指纹青紫。

治则：清热透邪，平肝解痉。

处方：十二井穴（－） 合谷（－） 太冲（－） 阳陵泉（－）（双） 大椎（－）

热重，加曲池；呕吐，加中脘、内关。

穴方简释：大椎，为诸阳之会，可清泻热邪；十二井点刺出血，既可泄热，又有开窍醒神之效；合谷，可退阳明之热；太冲配合谷，可以平肝熄风；阳陵泉可舒筋止痉。

操作方法：针刺用泻法，不留针，十二井穴点刺出血。不宜灸。

2.痰热惊风：

主证：除上述主证外，兼见身热，腹胀腹痛，呕吐，喉间痰鸣，便秘或大便腥臭，挟有脓血，苔黄腻，脉洪数，指纹青紫。

治则：泻热导滞，化痰解痉。

处方：颅息（－） 丰隆（－） 神门（－） 太冲（－）（双） 水沟（－） 中脘（－）

目上视，加神庭、囟会、筋缩；牙关紧急，加颊车、合谷。

穴方简释：水沟，属督脉通于脑，有醒神开窍之功效；颅息，泄三焦之火以止痉；中脘、丰隆，导滞化痰。神门，为心经原穴；太冲，为肝经原穴。二者相配，可清心泻肝、镇惊熄风。

操作方法：针刺用泻法，不留针。

3.惊恐惊风：

主证：夜卧不宁，或昏睡不醒，醒后啼哭易惊，神昏，惊厥，手足抽搐，苔薄，脉弦，指纹青紫。

治则：镇惊安神，息风解痉。

处方：神门（－） 内关（－） 涌泉（－）（双） 前顶（－） 印堂（－）

惊风不止，加颅息、囟会；昏睡不醒，加人中，以开窍醒神。

穴方简释：前顶，属督脉；印堂，为奇穴。二穴有镇惊作用，善治惊风 。神门，为心经原穴，有宁心安神作用；内关，镇惊安神；肾经井穴涌泉，可熄风止痉。

操作方法：针刺用泻法，不留针。

4.慢惊风：

主证：面黄肌瘦，形态疲惫，四肢倦怠或厥冷，呼吸微弱，囟门低陷，昏睡露睛，时有抽搐。脾阳虚者，可见大便溏薄，色青带绿，足跗和面部浮肿，脉象沉迟无力；舌质淡白、肝肾阴虚者，可见神倦虚烦，面色潮红，舌光、少苔，脉沉细数。

治则：补益脾肾，平肝熄风。

处方：中脘（△） 胃俞（△） 足三里（△） 气海（△） 百会（△） 印堂（－） 筋缩（－） 太冲（＋） （均双侧）

脾阳虚，配脾俞、公孙；肝肾阴虚，配肝俞、肾俞。

穴方简释：中脘，为胃之募穴；胃俞，为胃之背俞穴；足三里，为胃经之合穴。三者相配，既是俞募配穴，又是远近呼应，以达到补中健胃之效。气海，为任脉与足三阴交会之处，是元气集聚之处，补之可以益气补虚。百会、印堂，为督脉在头部之穴，取之可以醒脑定惊。太冲是肝经原穴，肝主筋，取之可以平肝熄风治疗四肢抽搐。筋缩是

治疗抽搐的经验穴。

操作方法：诸穴皆用快速进针，行提插补法疾速出针，中脘、气海、足三里、百会、脾俞、胃俞、肝俞、肾俞，皆可加艾条悬灸。

疗程：隔日1次，10次为一疗程，疗程间可休息3～5天。

其他疗法

1.水针：取耳门、听宫、听会、肝俞、大杼（双），1针透耳前3穴，将苯巴比妥钠液50毫克/0.5毫升注入。将维生素$B_1$100毫克/2毫升注入肝俞、大杼，每穴0.5毫升，临时行之。以上药物根据患儿大小，可酌情增减。

2.耳针：取神门、心、皮质下、脑点，每次取2～3穴，强捻转，不留针。

文献选录

“瘈疭，五指掣：阳谷、腕骨、昆仑。”（《针灸大成》）

“小儿惊痫，本神及前顶、囟会、天柱主之；如反视，临泣主之。”（《针灸甲乙经》）

“小儿急惊风，灸前顶一穴，三壮，在百会前一寸。若不愈，须灸两眉头及鼻下人中一穴，炷如小麦大。”（《黄帝明堂灸经》）

“急慢惊风：百会（五七壮）、囟会、上星、率谷（三壮）、水沟、尺泽（慢惊）、间使、合谷、太冲（五七壮）。”（《类经图翼》）

评述

惊厥或称抽风、惊风，在成人表现者中医称为痉症，在小儿表现者中医称为惊风，可分急惊风、慢惊风二证，急惊风多属阳热实证，慢惊风多属虚证或虚实兼见。

惊风是儿科常见的急证，临证时，应审察阴阳虚实寒热，辨其异同，分证论治。急惊证针刺治疗往往较药物有更快速、神奇的疗效，可作为一种简便、实用的治疗方法，广泛应用于儿科临床。

魏佩芳

二　婴儿腹泻

婴儿腹泻，是由不同病因引起的以腹泻为主症的消化系统疾患，又称婴儿消化不良。发病年龄多在2岁以下。本病四季皆可发生，以夏、秋季为多见。

中医学称本症为婴儿泄泻。泄泻是指大便次数增多，便质稀薄，重者便泻如水的证候。若吐泻后津液耗伤，阳气衰惫，阴阳两伤，甚则危及生命。长期泄泻，导致脾胃虚弱，生化乏源，是造成虚羸的主要原因。久而不愈，则酿成疳积病症。

按其病程，可分为急性、慢性两个时期。急性腹泻起病急，病程短，多为暴泻，常见的有寒泻、热泻、伤食泻等，由实邪所致，属于实证，治宜祛邪。慢性腹泻，起病缓，病程长，多为久泻，常见的为脾虚泻，因正虚所致，属于虚证，治宜扶正。

病因病机

婴儿体质纤弱，脏腑娇嫩，运化功能尚未完善，一旦饮食不节，寒温失调，均能运化失常、清浊不分，形成泄泻。本病基本病因不外内伤和外感两大因素。伤于饮食而致泄泻，婴儿最为常见。常因乳食失节，积滞中阻，致使脾胃运化失常，胃伤则不能消磨水谷，水谷不能化生精微，水反为湿，谷反为滞，水谷不分并走于下而致泄泻。如不及时治疗，可导致脾胃气虚下陷，成为滑泄重症。外感六淫之邪，皆能影响脾胃运化功能，泄泻的发生与气候有密切关系，尤以夏秋季暑湿行令，最易发病。其他如冬春之风寒，亦为引致泄泻的重要原因。

现代医学认为，致病性大肠杆菌和肠道病毒是婴儿腹泻的主要病因。喂养不当等引起其消化功能紊乱及其他原因也可导致本病，1982年全国小儿腹泻协作组讨论通过了分类法，将小儿腹泻分为感染性与非感染性。感染性腹泻病原明确者，则可根据病原命名，如金葡菌肠炎、杆菌痢疾、致病性大肠杆菌肠炎，轮状病毒肠炎等。

临床表现

1.轻型（也称单纯性消化不良）：大便次数增多，每天数次至十余次，大便黄色或带绿色，稀薄带水，或混有少量粘液。每次量不多，有酸味。偶有呕吐或溢乳，轻度腹胀，体温正常或偶有低热，精神尚好，食欲正常或略减，无明显脱水症状。大便镜检，仅有少量白细胞及脂肪滴。

2.重型（也称中毒性消化不良）：腹泻频繁，每天十余次至数十次，大便常呈水样或蛋花汤状，量多，有腥臭味。患儿食欲低下，常伴有呕吐，病初起即可见轻度腹胀。若中毒症状严重且并发低血钾时，则腹胀更为明显，多有不规则发热，有时有高热，体重很快下降，明显消瘦。如不及时治疗，逐渐出现脱水和酸中毒症状，重则昏迷、惊厥。

水和电解质紊乱，症状主要是脱水、酸中毒，有时还出现低钾血症，低钙血症等症状。

辨证施治

1.虚寒：

主证：便下色淡，清稀多沫，臭味不重，肠鸣腹痛，口不渴，舌质不红、舌苔薄白，脉浮数，指纹红等。

治则：宜健脾温中。

处方：足三里（＋）（双）　脾俞（＋）（双）　下脘（＋）

穴方简释：脾俞、足三里，健脾补胃，以助运化。下脘，为足太阴脾经在任脉的交会穴。三者相配，施用补法，可收温中健脾之效。

操作方法：进针得气后用捻转补法，不留针。

疗程：每日1次，7天为一疗程。

2.湿热：

主证：发病较急，多为感受暑湿或湿热乃致，夏秋季节发病较多，发热或不发热，

因湿热内蕴，而致大便泄泻稀粘，色黄异臭，或暴注下迫，多则每日10～20次，同时兼见小便短赤，舌质鲜红、舌苔黄腻，或烦躁口渴，指纹青紫。

治则：清热利湿。

针刺穴方：公孙（－）（双） 四缝（－） 曲池（－）（双） 天枢（－）（双） 中脘（－）

穴方简释：天枢、中脘，为大肠和胃的募穴，是脏气募集之所；足三里，为胃经合穴，"合治内腑"，曲池，有清热利湿作用；四缝，清热、健脾胃。

操作方法：进针得气后用泻法，不留针；四缝可点刺出血。

疗程：每日治疗1～2次，2～3天多数痊愈。

3.伤食：

主证：泄泻频作，腹痛胀满，痛则欲泻，泻后痛减，泻下臭如败卵，口臭纳呆，一般无热或有低热，夜卧不安，或兼呕吐，肛门灼热，肛周皮肤常呈赤色，小便黄短，指纹多见紫滞，苔黄腻而垢，脉滑数。

治则：消食导滞。

处方：四缝（－） 中脘（－） 天枢（－）（双） 气海（－） 足三里（＋）（双）

穴方简释：四缝，消食导滞；中脘、天枢、足三里，健脾和胃；气海，理气补肾。

操作方法：进针得气后用泻法，不留针。每日治疗1～2次。

其他疗法

1.水针：取足三里（双）。任选维生素$B_1$100毫克、阿托品0.125毫克或0.25毫克、0.5%普鲁卡因6毫升，（注意：根据患儿年龄大小酌定用量，最大不得超过上述量，小者不限），隔日1次。

2.耳穴：取胃、脾、三焦、大肠、小肠，每次取2～3穴，在上述穴位贴王不留行籽或绿豆1个，隔日换另1穴，每日按压5～10次，每次1分钟。

3.艾灸：将一撮核桃大艾绒放入艾灸器内点燃后，外用纱布包裹，放在患儿1～12胸椎部位，用手轻按压艾灸器，依次温灸。热度以脊背部皮肤变为潮红色为宜。如艾灸器太热可加厚纱布，以免烫伤皮肤。艾灸30～50分钟。多数2次痊愈，个别3次以上。不愈者，可配合针刺治疗。此法用于单纯性消化不良。

4.激光：取穴天枢、中脘、气海，每穴照射3分钟，每天1次。

5.捏脊：让小儿俯卧床上或母亲腿上，使两腿伸直，背部皮肤放松，先在患儿背上从上至下轻轻按摩2～3遍，然后将两手半握，以拇、食指从患儿骶骨处向上捏起皮肤，食指向下推，拇指向上拉，使皮褶向上移，如此两手交替往上捏至大椎穴部，共做3～6遍。每捏2～3下，即以拇、食指将皮肤上提一次，提捏后用拇指分别揉按肾俞穴3～5次。每日一次，3～5次即愈。

6.艾灸：取天枢、关元、神阙，每穴灸5～7壮，用直接灸法，每日或隔日一次，两穴可轮替使用，或在针刺后加灸亦可。适用于虚寒泻。

文献选录

“泻痢：神阙。”（《针灸大成》）

“泄泻：胃俞、水分、天枢、神阙。”（《类经图翼》）

“吐泻脉沉细，手足冷者，灸脐下一百五十壮（累积数）。”（《扁鹊心书》）

“虚寒久泻：关元、中极、中脘、梁门。如腹痛、手足冷加天枢，腹满加三阴交，手足厥冷加气海，均用灸法。”（《神灸经纶》）

经验选要

吴杜明，针灸治疗小儿腹泻100例，获效满意，有效率99%。针灸取四缝、中脘、天枢、气海、或足三里、三阴交，再根据辨证，予以加减。对寒湿腹泻取中脘、三阴交、四缝、天枢、气海、足三里、百会。对湿热腹泻取足三里、三阴交、内关、曲池、合谷。对食滞腹泻取足三里、三阴交、内关、内庭。具体操作：先行针刺，然后进行艾条灸，不留针。

费文荣，用针刺长强、承浆穴治疗婴幼儿腹泻54例，治愈率100%。治法：取长强、承浆两穴。快速刺入长强穴，随即沿尾骨与直肠之间直刺1.5～2.0寸深，不提插，施捻转补法1分钟左右出针；另浅刺承浆穴0.3寸许，施捻转泻法1分钟左右出针。每日1次，一般连续1～3次。（1984年）

李棚堂，用针刺治疗婴幼儿腹泻102例，单刺长强、足三里，治愈率96.1%。（1984年）

张玉荣等，运用针刺、艾灸、针刺加艾灸三种方法，对110例轻度、中度、重度三型婴幼腹泻，进行分组治疗和对比观察。表明以针刺加艾灸，疗效更为可靠。本组110例，共治愈104例，占94.5%。治疗方法：①针刺及选穴：主穴为天枢、足三里、中脘；呕吐加内关，发热加合谷，积滞甚加四缝。采取快速进针法，不留针。②艾灸：采用雀啄法，以皮肤稍红晕为度，每日治疗1次，3天为一疗程。③据病情分别随机选用针刺、艾灸或针刺加艾灸。（1986年）

评述

婴儿腹泻为临床常见病，针灸治疗对本病有较好疗效，且方法简便，值得推广应用。

本病最易耗气伤液，重者可出现亡阴亡阳之危证，治不及时，可导致小儿营养不良，影响生长发育，因此一旦发现脱水、酸中毒及电解质紊乱时，应及时采取措施，防止病情恶化。

魏佩芳

三　夜啼

夜啼，即小儿夜晚啼哭，系指新生儿或小儿因多种原因引起的夜晚啼哭过于频繁而言，多见于3岁以内的乳婴儿。

夜啼是儿科常见病证，中医学中对病名、病因及治法均有较详尽的阐述。钱乙《小儿药证直诀》谓："脾藏冷而痛也，当与温中药"。朱震亨则归之于心热，其在《丹溪心法》中谓："小儿夜啼，此是邪热乘心。"亦有不全按证归纳夜啼有惊啼、热烦啼、腹痛啼、神不安啼等，并按五脏辨证论治。故心热、脾寒、惊恐是其主要病因。沈金鳌《幼科释谜》谓："凡儿啼，只宜轻手扶抱，任其自哭不止，切勿可勉强按住，或令吮乳止之，若无他病，亦不必服药。"

病因病机

夜啼的主要原因，可概括为寒、热、惊三个方面。

1.脾寒：脾为阴中之至阴，脏气有寒。小儿脾常不足。喜温而恶寒，若护理不慎，腹部中寒，寒则腹痛；或乳母恣食生冷，冷乳喂养，入儿胃肠，则使寒邪内侵，脾寒乃生；寒邪凝滞，气机不畅，至夜阴甚则腹痛引起夜啼。

2.心热：小儿五脏之特点常表现为心肝有余而脾肾不足。心属阳主火，易生心热，若积热上攻，则邪热乘心，此为心经积热啼哭。

3.惊骇：小儿神气不足，心气怯弱，目触异物，耳闻异声，生人客忤，使之心神不宁，神志不安，而夜啼不寐。

现代医学认为，产生夜啼的主要精神因素是受惊，如睡前听紧张故事，看紧张电影，突然进入陌生环境等。还有维生素D缺乏，致使体内钙磷代谢不平衡，除了产生佝偻病以外，也可能使大脑调节机能受影响，出现神经系统不稳定症状。日照不足，摄入不够，其他消耗性疾病及使用皮质激素等因素，皆可使机体缺乏维生素D。另外，消化不良、身体虚弱、神经敏感性强，及鼻咽有病，也可导致本症。

临床表现

夜间啼哭或哭闹不安是婴儿时期常见的一种表现。大致可分为两大类。

1.生理性夜啼：一些婴儿仅在夜间啼哭，日间一切正常，体检亦无异常发现，但追问病史，常可发现白天生活睡眠制度不规则或护理不当，如尿布潮湿、衣被过冷或过热，或异物刺激，白天多睡或睡前兴奋紧张等。

2.病理性夜啼：凡能引起婴儿身体不适或疼痛的任何疾病都可出现夜啼。如各种肠道急性感染或消化不良，或肠痉挛导致阵发性腹痛等皆引起本症。此外，蛲虫病常为夜间啼哭的原因之一。本章所述夜啼为排除上述各症的夜啼，其包括佝偻病、手足搐搦症及其他不明原因的夜啼，以病儿经常烦躁不安、易惊、夜间好哭为特征。

辨证施治

1.脾脏虚寒：

主证：夜间啼哭不歇，下半夜尤甚，睡喜伏卧或屈腰而啼、啼声低微，面色青白，口中气冷，四肢欠温，食少便溏，唇舌淡白、舌苔薄白，脉象沉细，指纹淡红沉滞。

治则：温阳健脾。

处方：足三里（△）　三阴交（△）　下脘（△）　大横（△）

穴方简释：灸胃经合穴足三里，与脾经三阴交表里相配，和胃健脾；灸任脉足太阴之会穴下脘配胃经大横，可健脾止泻。

操作方法：用隔姜3艾，艾柱宜小或用薰条薰灸，每穴3分钟。

疗程：每日1次，6次为一疗程。

2.心经积热：

主证：夜间啼哭、哭声有力，睡喜仰卧，见灯光和上半夜啼哭尤甚，烦躁不安，面赤唇红，小便短赤，或口中气热，大便秘结，舌尖红、舌苔黄，脉数有力，指纹青紫。

治则：泻心清热。

处方：通里（－）　郄门（－）　足三里（－）

穴方简释：通理为心经络穴，郄门是心包经郄穴，泻之可清心热；胃脉通心，故泻胃经足三里。

操作方法：进针得气后用捻转泻法，不留针。

疗程：两日122次，3天为一疗程。

3.受惊恐惧：

主证：时现惊骇恐惧，睡中时作惊惕而夜啼、哭声尖锐，多泪，一有声响即紧偎母怀，或作惊跳，面色乍青乍白，脉来弦急而数，或散乱不正。

治则：清心、安神。

处方：神门（－）　通天（－）　合谷（－）（双）　印堂（－）　百会（－）

穴方简释：神门，宁心、安神；通天，调和阴阳、宁神；合谷，清热镇惊；印堂、百会，镇惊安神。

操作方法：进针得气后用捻转泻，不留针。

其他疗法

1.耳针：取神门、肝、脾、三焦，每次选2～3穴，贴绿豆或王不留行1个，隔日1次。每日3次按压穴上药物。

2.推拿：取百会、安眠、内关、足三里，每晚揉1次。

3.艾灸：取百会、神庭、合谷、印堂、内关、足三里、大椎，每当患儿症状发作，用雀啄灸或温和灸法，灸1～2次即可控制发作。

文献选录

“小儿夜啼，此是邪热乘心。”《（丹溪心法》）

“夜啼有二：曰脾寒，曰心热也。”（《保婴撮要》）

经验选要

吴琦，针刺印堂穴治疗小儿夜啼多例，方法简便。一般针刺印堂穴1～2次即愈，最多针4～5次。操作方法：针刺用平补平泻的捻转手法，不留针。（1984年）

评述

夜啼是婴儿时期常见的一种表现，凡有相应的机体内源性刺激、外源性刺激或精神上的冲动都可引起，例如饥饿、冷热、尿布浸湿、断乳或喂养不当，护理不当等皆是其刺激源。生理性夜啼常不表示机体有异常的改变，在经过详细检查未发现病理状态时，无需进行治疗。病理性夜啼则需细察病因，排除各种皮肤病、疝气、蛲虫病、消化不良，感染性疾病等疾患，以免贻误治疗。对维生素D缺乏者，可补充维生素D。

魏佩芳

四 小儿营养不良

小儿营养不良，中医学称为疳积。以学令前儿童发病居多。临床见症，多为形体消瘦，精神萎靡，急躁易怒，面色萎黄，腹大脐突，青筋显露，毛发枯燥，食欲不振，大便异常，发育迟缓。主要病因，为脾胃虚弱，对摄入的营养物质不能吸收利用，以致代谢失常，迫使机体消耗自身组织而导致本病的发生。本病流行有明显的地域性，大凡经济或文化落后地区可因营养不足、育儿方法不科学，构成社会发病因素。也有部分病例，是继发于别种慢性损耗性疾病之后。病程后期，可因生理机能低下，免疫功能下降而继发其他疾病，对儿童的生长发育和生命造成严重威胁。

病因病机

中医学之所以称之为疳积，主要立足于对脾胃功能的认识。脾为后天之本，运化水谷，吸收精微，保障供给机体需要的各种营养物质。一旦脾胃虚弱，运化无权，水谷精微无以吸收利用，气血亏虚，则周身组织荣养失源，造成各种症状。中医学对病之初始积食不化谓之积滞；积久损身谓之疳，故有积为疳之渐，疳为积之甚，无积不成疳等说法。综合分析，其病因如下：

1.饮食不节、脾胃损伤：如喂养不当，乳食无度，或恣食甘肥生冷，难以消化之物，壅滞中焦，损伤脾胃，导致运化失常，纳化无权，无法吸收精微物质，以致脏腑气血失于濡养，终成疳积。

2.喂养不当、营养失调：如母乳不足，或断奶过早，或喂养不当，使营养物质的供给不能满足小儿机体的需要，致使脾胃功能失调，生化无源，不能营养脏腑肌肉，体质益虚，则为疳积。

3.脾胃虚弱、功能失常：小儿脏腑娇嫩、脾胃薄弱、饮食稍有不当或其他原因，则乳食难以腐熟，停滞不消，易形成虚空积滞，病情进一步发展，则成疳证。

4.其他疾病转化成疳积：若因长期吐泻，或慢性腹泻、痢疾、结核病、寄生虫病等，损伤气血，致使脾胃损伤，纳化无调，化生无源，真阳不足，阴虚火旺，是为疳积。

如果脾胃久病，可影响其他脏腑，故可出现各种兼证。如脾阴不足，肝失血养者，可出现睛生云翳等证，古称“肝疳”，这是脾病及肝的结果，等等。

现代医学认识与中医学的看法相仿：如长期饮食不足，喂养不当；仓促断奶，营养

失调，产伤，先天性畸形导致幽门狭窄、痉挛而经常呕吐，以致喂哺困难；消化功能不全导致腹泻；急慢性感染性疾病的影响，以及多产、早产、双胎而先天不足等各种因素，皆可导致婴幼儿营养不良。其病理表现，为皮下脂肪减少，肌肉萎缩，甚者肠壁变薄，肌肉皱襞消失，心肌纤维肿胀，肝脂肪变性，淋巴组织与胸腺明显萎缩，其他脏器也见缩小，并导致脏腑功能的减退。如中枢神经系统兴奋性下降，胃肠系统消化酶分泌减少，代谢率降低，循环系统功能低下，免疫能力差等等。

临床表现

本病表现为体重下降，皮下脂肪缺乏，发育不良，智力低下，其精神状态抑制或烦躁，食欲不振，呕吐，腹泻或便秘，容易患各种感染的并发症。根据病情轻重程度可分为三度：

第一度：体重减少15～25%，用手指捏起腹壁皮肤与脂肪，其厚度小于0.5～1厘米。面部脂肪与皮肤颜色正常，内脏功能无改变。

第二度：体重减少25～40%，消瘦明显，腹壁皮下脂肪厚度小于0.5厘米，面颊脂肪变薄，皮肤苍白，肌肉松弛，开始出现脏腑功能降低。

第三度：体重下降40%以上，全身皮下脂肪层均消失，额部起皱纹，颧骨突出，有老人外貌，皮肤苍白，全无弹性，脏腑功能减退症状明显，如精神不正常，腹泻或便秘，心音低钝，节律不齐，血压下降等，容易发生感染，但感染后反应性差，可不发热。

营养缺乏可导致各种兼症。如缺乏蛋白质等营养，可产生贫血与水肿；维生素A缺乏，可导致夜盲、干眼症、角膜软化；维生素D缺乏，可导致鸡胸、肋骨缘外翻；维生素C与K缺乏，可导致牙龈皮肤出血，等等。

辨证施治

1.积：

主证：病程初始，食积不化，嗳气呕吐，腹痛满胀，便溏秽臭，或为秘结，纳呆厌食，烦躁不安，啼哭时作，或为困倦，舌苔厚腻，脉滑，指纹紫滞或青淡。实验室检查，可见胃肠分泌酶含量偏低。

治则：醒脾理气，化滞消积。

处方：脾俞（＋）　章门（＋）　足三里（＋）　丰隆（－）（双）　中脘（＋）

腹胀，配天枢（－）；嗳气，配华佗夹脊十一椎（±）；腹泻，配上巨虚（＋）、大肠俞（＋）。

穴方简释：脾俞、章门，为俞募配用的醒脾要穴；中脘，为腑之会穴；足三里，为足阳明之下合穴。二穴配用，乃醒脾开胃之常用穴。丰隆，为足阳明之络穴，可接通脾胃表里之经气；腹胀，乃积食不化，滞于中焦之表现；天枢，为大肠经之募穴，单用可排矢气消腹胀，配以大肠俞，为俞募配用，再加大肠经之下合穴上巨虚，可调理大肠、导滞止泻。华佗夹脊十一椎，为调理胃气，治疗伤饱嗳气的经验穴。

操作方法：快速进针，补者行提插手法；泻者着力点刺。华佗夹脊十一椎应针向内斜，针感宜传至脘腹。

疗程：每日1次，10次为一疗程，疗程间休息3～5天，再继续下一疗程。一般需要3疗程。

2.疳：

主证：病程中后期，形体羸瘦，面色暗黄，毛发枯稀，皮肤干涩，头大颈细，脘腹膨胀，纳呆厌食，或有呕吐，大便溏薄，或为干结，小便黄浊，或如米泔，烦躁夜啼，或为困倦萎靡，睡卧露睛，发育迟缓，手足心热，时有低热。本证又可并发各种兼证，如目翳、肿胀、齿衄、牙疳等，舌苔腻，脉细滑，指纹淡。实验室检查，可见血浆白蛋白、血糖、胆固醇，以及基础代谢均降低，血清淀粉酶活力小于5单位/dl，胃肠分泌的酶几乎没有，维生素A、B、C以及钙、镁、锌等均见缺乏。

治则：益气健脾，扶正除疳。

处方：脾四花（△） 三阴交（＋） 足三里（＋）（双） 气海（△） 关元（△） 中脘（＋） 百会（＋）

牙疳，配承浆（－）；疖疮，配至阳（－）；感冒，配肾俞（＋）、外关（－）、风池（－）。

穴方简释：灸气海、关元、脾四花，意在承先天，启后天。因为关元是足三阴及任脉之交会穴，为人身元气之根，气海可调补元气；脾四花用灸法，是醒脾健胃的有力措施；补百会以提升气机，使气血条达；补三阴交，以滋阴养血；补中脘、足三里有利于消谷开源。承浆消牙疳，至阳除疖肿，均为有效之经验。肾俞是健肾壮阳，固表卫外，关外、风池乃解表之要穴。

操作方法：灸法以艾条点灸，使表皮潮红温和透里为度。边灸边揉搓灸区，缓和灸烫感，可对儿童起按抚止痛作用，求得配合。温和雀啄3～5下，进针得气后用捻转泻法，不留针。

疗程：间日1次，3～5次为一疗程，休息2～3天，继续下一疗程。

其他疗法

1.挑治：取四缝（双），常规消毒，术者左手拇食二指捏紧穴位两侧，右手持小号消毒三棱针，平刺进针，刺破表皮，再以针尖深刺皮下，轻挑。左手着力捏挤，使创口出少量淡黄色粘液，或少量血液，之后用2％的碘酒棉球按压创口片刻，随以胶布贴敷。2日内不要浸水，以防感染。两周1次，最多不超过3次。

2.割治：取华佗夹脊十一椎或鱼际，常规消毒，以小柳叶刀自夹脊十一椎向外下斜切0.3～0.4厘米，深0.5厘米，之后用左手挤捏创口，再用刀尖拨出皮下脂肪少许并切除之，然后敷以纱布包扎（鱼际穴割治仿此）。1个月割治1次（切口可与前次错开）。

3.皮肤针：取腰夹脊、骶夹脊区，常规消毒后，用梅花针叩刺。沿督脉两侧1寸范围之内，先左后右，由上至下，反复叩刺，用力匀称，往返3～5遍，以叩区皮肤潮红为度，但有时个别处可有少量出血。之后再用75％酒精棉球遍搽潮红区。每2～3日1次，5次为一疗程。

文献选录

"小儿腹满不能饮食，悬钟主之。"（《甲乙经》）

"牙疳蚀烂，承浆。"（《针灸大成》）

"食积腹大：脾俞、胃俞、肾俞。"（《类经图翼》）

经验选要

余重九，针刺四缝穴。穴位常规消毒，术者以左手拇食二指紧捏穴位两侧，使其突起，右手持5分毫针，刺入皮下约5分深，并略挤压，令其流尽黄白粘液，再以75％酒精棉球拭净即可。每3日1次，每次两手共8穴。7次为一疗程。同时加刺足三里则效果更佳。治疗中应配合饮食调护，禁食油腻和生冷食物。且注意预防感冒。用此法共治疗49例，痊愈38例，好转9例，无效2例。（1978年）

王树鹏，针刺四缝穴治疗小儿消化不良。采用毫针捻转进针，当进针2～3毫米时，即反复捻转针柄30～50秒钟，将针拔出，挤出少许组织液或血液。其他不予任何药品，共治疗60例，绝大多数均于1～2次后痊愈。（1958年）

郑中，用割治法治疗小儿疳积：术者、助手、患儿均先肥皂洗净双手，再常规消毒。选用穴位：2～3指间掌面，去指蹼缘0.3～0.5厘米处。操作方法：术者左手握紧患儿手，先用手术刀柄在割治部位重压2～3分钟后，立即作纵行切口，长0.2～0.4厘米，深0.3厘米，术者双手紧用力挤压创口两侧，使皮下脂肪充分暴露，助手用血管钳将脂肪钳断夹除稍许，之后行无菌包扎，5～6天后切口愈合，再割治另一手。在创口未愈合前，严防污染。100例中，总有效率97％。

评述

本病是针灸治疗的适应症，历来均在辨证施治的基础上另配四缝穴。其效果比较理想。发展至近年，当然临床上也有独取四缝穴的，若从远期效果看，辨证施治仍属必要，不然，疗效不能持久。

饮食调理，对巩固疗效意义很大。应选择富于营养、成分齐全、易于消化的食物，并注意合理的育儿方法，进食要定时定量，纠正偏食习惯。

患有慢性损耗性疾病者，应作巩固治疗，着力解决其产生原因，如单从消疳除积治疗，很难根治。

陈佃夫

五　小儿疝气

小儿疝气，主要是指小儿的阴囊或腹股沟疝，也包括小儿的脐疝。主要是小儿啼哭、咳嗽、排便时，过于用力，腹压增大，肠曲突入上述部位所引起囊肿性彭大，继而引发少腹或满腹疼痛、嗳气、呕吐。中医学素称小肠疝或偏坠，对其认识有两种涵义。如尤在泾所说："疝者痛也，不时睾丸肿痛为疝，即腹中攻击作痛，按引上下者，亦得名称

疝，所以昔贤有腹中之疝与睾丸之疝之说。据此巢氏辨别七疝，皆指疼在心腹之疝；张戴人亦言七疝，其痛皆在睾丸之疝。”根据现代医学言疝的范畴，当属后者，发病部位也限于阴囊和腹股沟，至于婴幼儿之脐疝，往往能随年龄增长而自愈，勿需作特殊治疗。该病发病不分季节和地域，多呈散在发病，主要为10岁以内的儿童。病情轻者，可依体位而不同，站立时呈现，卧位时可以消失。也可依腹压的增减而不同：啼哭时呈现，平静时消失；病情重者，不仅难以消失，有的可因嵌顿持续造成肠壁缺血、坏死而导致严重后果。

病因病机

疝气病变，以任脉与足厥阴肝经两脉为最重要，故《内经》谓：“任脉为病，内结七疝。”任脉起于中极之下，上毛际，循腹里；肝经循股阴，入毛中，络阴器，抵少腹。肝经乃属厥阴，任脉为阴经之海，皆属阴，而小儿为原阳之体，阴气未充，阴经空虚，易受寒湿侵犯。寒滞厥阴，则睾丸冷痛，牵引少腹，攻击作痛；湿结任脉，阴囊肿胀，气攻心腹。故临床见症或为寒滞，或为湿聚，皆可使阴囊或腹股沟膨肿，气疼引腹。

现代医学认为，本病原因是腹壁虚弱或缺损。在胎儿发育过程中，腹膜鞘状突不能闭合，形成先天性缺损或小儿腹壁肌发育不良，收缩力不能保护内环，内脏可由内环突出。在咳嗽、便秘、排尿困难等情况下腹腔压力升高，导致本病发生。脐疝则是由于脐部发育不全，脐环未闭所致。

临床表现

1.阴囊疝：主要是小儿体虚，当啼哭、久站、喷嚏时腹压增大，肠曲通过腹股沟环坠入阴囊，故见病侧阴囊膨大，按之虚松或呈硬结，少腹作疼，腹胀嗳气，表情烦躁。病情轻时，躺下自消；重时不能自消，久则阴囊肿大变硬，腹疼加重，以致呕吐。

2.腹股沟疝：主要为肠曲坠入腹股沟管，故见病侧腹股沟内或斜或直呈囊性膨起，质地柔软，按之可陷，还手不起，小儿腹疼烦躁，嗳气倒饱，久则膨起变硬，继之全身症状加重。如：腹疼如攻，病侧下肢麻木，呕吐频作，甚至呈现低热。

辨证施治

1.寒滞厥阴：

主证：症见腹股沟或阴囊膨大冷痛，睾丸引少腹，胀疼难忍，少腹拘紧，出冷汗，恶寒肢冷甚则手足麻木，舌淡苔白，脉沉弦而涩。

治则：温经散寒，行气止痛。

处方：大敦（－）　太冲（－）　三阴交（－）（双）　关元（＋）

穴方简释：足厥阴肝经绕络阴器，经筋聚于阴器，入毛中。大敦，乃肝经井穴，本性穴（木性）；太冲，为肝经输穴、原穴，泻之可祛除寒邪，关元，为足三阴经与任脉的交会穴，补之可温通经脉；三阴交，兼通足三阴经的气血，又因足三阴经皆循行少腹，故泻三阴交能行气，而缓解少腹之疼痛。

操作方法：进针得气后用提插捻转补泻法。关元针后用艾条熏灸，以红润为度。

疗程：症状未控制前，每日2次。待缓解后每日1次，5次为一疗程，一般可连施两个疗程。

2.湿邪聚积：

主证：阴囊或腹股沟处膨胀作痛，连及少腹，嗳气吞酸，手足沉重，舌质红、苔白腻，脉弦数或濡。

治则：化湿祛邪，消肿止痛。

处方：大敦（－）　三阴交（－）　四满（－）（双）　水分（－）　关元（＋）

穴方简释：关元为足三阴经与任脉之会穴，补之可温经化湿，大敦肝经之井穴，三阴交为足三阴经之会穴，可祛阴经之湿邪。四满调理腹部之气，水分渗湿利水，二穴配用，可理气利湿，以止腹疼。

操作方法：进针得气后，关元捻转补法，即出针；余穴用泻法、稍留针。起针时行开阖补泻。

疗程：症状未缓解前，日治2次，缓解后日1次，5次为一疗程。可连治两个疗程。

其他疗法

1.水针：取足三里、大肠俞；用维生素B_{12} 1毫升，或杜冷丁50毫克/毫升，前者注入大肠俞，后者注于足三里。每穴0.5毫升，每天1次，5次为一疗程。

2.新毫针：脐旁2寸为第1穴，该穴直下2寸为第2穴，石门为第3穴。三穴均先针后灸，每穴针2～3分深，留针10分钟，起针后施灸。灸法分两种：一是起针后在穴上涂以陈醋、麝香，用艾条灸，边灸边涂醋，历时20分钟；一是隔姜或隔蒜灸。可配用太冲灸。每次间隔7天。另配服金铃子散或桔核丸。

文献选录

"卒疝少腹疼，照海主之。"（《甲乙经》）

"卒疝暴痛，灸大敦……三壮而已。"（《外台秘要》）

"稽夫大敦去七疝之偏坠。"（《子午流注针经》）

"大敦、照海，患寒疝而善蹶。"（《针灸聚英》）

"若是七疝小腹痛，照海、阴交、曲泉针，又不应时，求气海、关元同泻效如神。"（《针灸大全》）

"肾胀偏坠：关元（灸三七壮）、大敦（七壮）。"

"寒疝股痛：阴市、太溪、肝俞。"

"卒疝：丘墟、大敦、阴市、照海。"

"癞疝：涌泉、中封、太冲、商丘。"

"阴疝：太冲、大敦。"（《针灸大全》）

经验选要

陕西岐山县洗马医疗站：针灸治疗小儿腹股沟疝99例。方法：患儿平卧，取患侧的

脐旁2寸为第1穴，该穴直下2寸为第2穴，石门穴为第3穴，定名为“三角穴”。起针后穴位涂以陈醋、麝香。用艾条灸，边灸边涂陈醋3～5次，再隔姜片或蒜片灸10～20分钟。另外再配灸太冲穴。每7日1次。同时配服金铃子散（药方：金铃子、元胡。体虚阳弱，加炮附子、升麻），或桔核丸（橘核、荔核、小茴、炮附片、升麻、芦巴子、白术、茯苓、泽泻）。以上两方可单独使用，亦可合并服用。用量依年龄而定。疗效：99例中，痊愈84例，好转6例，无效9例。（1973年）

李志英，针刺治疗小儿疝气28例。主穴：冲门、提托穴（关元穴旁开四寸）。配穴：中极、百会、关元。操作：先令患儿排尿，次将阴囊或腹股沟中坠下物慢慢推入腹腔，然后针刺冲门（直刺2.5～3寸，平补平泻，针感向患侧阴囊放射）。提托穴（向曲骨方向针刺2.5～3寸，针感手法同冲门）。中极、关元二穴均得气后，再针百会。5岁以下不留针，5岁以上留针10～30分钟，每日1次，12次为一疗程。疗效：28例，痊愈19例，无效9例。说明：①如有感冒、咳嗽，应先治之，愈后再治疝气。②在治疗中，防止跳动和急骤奔跑。（1981年）

于大镛：针刺治疗7例小儿嵌顿疝：取足三里、三阴交（单侧或双侧均可），捻转进针，平补平泻，得气后捻转提插，不留针。辅助疗法：其中3例配合手推还纳并局部热敷。又因嵌顿时间久而投以抗菌素。疗效：7例均治愈，疝内容物还纳分别为：5分钟1例，10分钟1例，20分钟1例，30分钟1例，50～60分钟3例。（1964年）

评述

小儿疝气为针灸疗法的适应症，临床中疗效可靠，多能当即还纳。但对体虚患儿，尚须注意健中调气，振奋原阳。不然容易复发。在疗程中，还须注意配合：①避免激惹患儿啼哭，防止感冒，以免腹压增高。②诱劝患儿不要任意跑跳。③最好制一布卷压置于腹股沟管上，并用三角带固定，以防肠曲再突入腹股沟环。

六　小儿脱肛

小儿脱肛，也称直肠脱垂，一般多发生于断乳以后的儿童，是由于不同原因，导致正气虚弱，引起肛门括约肌松弛而致。主要症状为便后直肠脱出肛门以外。病情轻者尚可自行回缩，重者则需托扶送回。发病无季节性，但与营养状况有直接关系。凡是经济条件差，育儿方法不当，均可造成间接的发病因素。本病一般多能造成一定的痛苦，不致影响生命，但如久脱不愈，可导至直肠充血、水肿，进而继发直肠溃疡，造成不良后果。

病因病机

幼儿脏腑娇嫩，形气未充，对于进食营养不足，或积食伤脾，均可造成久泻久痢，营养不良，中气衰微，气虚下陷，肛管、直肠或乙状结肠下段粘膜层松弛，肛门约束无力，伴随排便、喷嚏、哭闹时腹压增高，使之脱出肛外，无力回缩。临床中称此为气虚脱肛。如因育儿方法失当，只食少饮，胃火过盛，热注大肠，引发肛肠疾患，如直肠息

肉、痔静脉曲张而引起脱肛，临床中称此为腑实脱肛。

现代医学认为，本病原因是，儿童的骨盆腔内支持组织发育不全，不能对直肠承担充分的支持作用，加之儿童骶骨弯曲尚未长成，影响直肠与肛管之间角度的形成。直肠成垂直状态，且较活动，如果久病体弱营养不良，直肠粘膜下层松弛，容易与肌层分离。此外，神经性疾病或营养障碍，引起直肠周围组织和肛门括约肌松弛，以及久泻、便秘、直肠息肉等，亦可导致本病。

脱肛可分为两类，仅有粘膜脱出者为不完全性脱出，脱垂粘膜表面有纵行沟纹。肠管各层完全脱出者，称为完全脱垂，肛门外可见层层折叠的环状皱裂，呈椭圆形。

临床表现

初期，小儿排便时有肿物自肛门脱出，便后自动缩回。反复发作后，每次便后均须用手托回，常有小量粘液从肛门流出。继后，在哭闹、咳嗽用力时，即在腹内压增加情况下直肠即脱出。如直肠脱出很久未复位，则可发生充血、水肿、溃疡、出血，以致复位困难，且可嵌闭，此时肠管带紫黑色，并有腐烂现象，以后即使复位，也容易发生直肠狭窄。

辨证施治

1.气虚脱肛：

主证：逐渐发病，由轻到重，大便后或咳嗽、喷嚏时肛门外翻，不易还纳，脱出物微红不肿，只坠不疼。平素神疲乏力，面黄发枯，皮肤干燥，腹大颈细，不思食欲，溏便次多，脉细苔白，指纹淡。

治则：补中健脾，提升原气。

处方：足三里（＋）（△）（双）　中脘（＋）（△）　气海（＋）（△）　百会（＋）（△）

穴方简释：足三里，为足阳明胃经之下合穴；中脘，为腑之会穴。二穴配用，醒脾健胃、补土扶中，气海调补元气，百会提升原气，主治气虚下陷。

操作方法：各穴均用捻转补法，不留针，针后，以艾条点灸，穴周围红润为度。

疗程：每日1次，5次为一疗程。

2.腑实脱肛：

主证：发病突然，多于排便后直肠脱出，一般素体偏实，喜食生冷，口舌干燥，便秘溲赤，烦热哭闹，舌苔黄，脉数，指纹暗紫。

治则：清热泻火，疏导大肠。

处方：大肠俞（－）　上巨虚（－）　天枢（－）　阴陵泉（＋）（双）

穴方简释：大肠俞是同天枢为俞募相配，可泻大肠蕴热，上巨虚乃大肠经之下合穴，可清泻大肠腑热；再加阴陵泉，滋阴清热，则功效更佳。

操作方法：阴陵泉速刺进针，捻转补泻，不留针。余穴均用泻法，出针时摇大针孔，引开阖泻法。

疗程：每日1次，5次为一疗程。

其他疗法

1.艾灸：用艾条点灸长强、百会，以红润为度，再用艾炷置神阙穴行无瘢痕灸，5～20壮。每日1次，5次为一疗程。

2.水针：取胎盘组织液3毫升、于长强、维胞各注入1～1.3毫升，再于耳穴直肠下段、脾各注入0.1毫升，每日1次，5次为一疗程。

3.耳针：取直肠下段、大肠、皮质下、脾，点刺进针，以不透耳廓软骨为度，留针30分钟。每日1次，10次为一疗程。

4.挑治：在第3腰椎至第2骶椎之间，中线旁开1寸左右的纵行线上，任选一点挑治。15日1次，一般需2～3次。

5.贴敷：取蓖麻子10粒，煮半熟的粳米适量，共捣为泥，敷于百会（应剪去头发）4小时。一次无效，隔5～7天再如法敷药。

6.埋线：取承山（单）、长强，肛门外周5分远的3～9点处，呈内斜方向埋入羊肠线各一段（约0.5～1厘米长），20天埋入1次。

7.针刺兑端：取0.5寸毫针1枚，直刺兑端，上斜刺入0.25寸，大幅度捻转，留针30分钟，隔日1次。

文献选录

"脱肛起百会、尾翳之所。"（《针灸聚英》）

"小儿脱肛患多时，先灸百会后鸠尾。"（《针灸大全》）

"脱肛：百会长强。"（《针灸大成》）

"脱肛，百会（三壮）……小儿亦然。胃俞、长强。又有调泄寒中脱肛者，须灸水分百壮。"（《类经图翼》）

经验选要

广东省阳山县秤架卫生院：维生素B_1穴位注射治疗小儿脱肛5例。取穴长强。操作：一般空针接5½号针头，抽取维生素$B_1$100毫克，皮肤常规消毒后，进针1.5寸，待病人有胀感后，快速注药，每日2次，待症状消失后，再治疗1天。五例全部治愈，追防1年未见复发。（1973年）

张阁英用长强穴位注射治疗85例小儿直肠脱垂：病人取胸膝卧位，在尾骨尖与肛缘连线中点部长强穴。常规消毒，将维生素$B_1$100毫克（2毫升）用六号针头沿直肠后壁斜向尾骨方向（约呈30°角）快速刺入，推药稍快，使之呈一强刺激，每天2次，5天为一疗程。必要时休息3天，可继下一疗程。85例中，除1例疗程中患百日咳无效外，84例均于1～2疗程中痊愈。（1981年）

李克林，用针灸治愈小儿脱肛5例，取百会、长强、承山（双）用徐疾补泻法，留针20～30分钟，每5分钟运针1次，同时加灸百会，足三里（双）10～15分钟。5例中均于3～5次治愈。

沈阳市传染病院，用针灸治疗脱肛80例：患者俯卧位，先用无菌敷料托扶直肠送回，

或揉搓小腹，使其自然回缩。再按常规消毒，术者左手固定肛门周围，右手将26号毫针，在肛门上、下、左、右呈45°角各斜刺3～5分深，速刺不留针，再用艾条灸百会、神阙、气海，各循灸3～5分钟。对常脱不还的重度患者，除用上法外，再加灸局部10～15分钟，对久痢、久泻患者，需按标本兼治的原则，加针脾俞、天枢、关元，留针40～60分钟。一般调护：治疗中，嘱家属照顾，排便时需侧卧位排便，避免蹲便盆。疗效：80例中痊愈75例，好转5例。平均针灸4次。

评述

小儿脱肛多为脾胃虚弱，中气不固，气虚下陷所引起。历代治法多取长强、百会之穴，意在"下固上提"，多能奏效，但此属治标，仍有复发之虑，欲治其本，仍须着眼于省脾健胃，启迪后天，使水谷精微充沛，原气兴旺，始可根治。故妥善之法当为标本兼顾，不可偏废。

陈佃夫

七　小儿麻痹后遗症

小儿麻痹症，是由脊髓灰质炎病毒引起的一种急性传染病，常有发热和肢体疼痛。因多见于小儿，且部分病人可发生弛缓性麻痹，故称小儿麻痹症。主要病变在神经系统，脊髓前角灰质损害尤为显著，严重者可留有麻痹后遗症。

本病终年可发生，以夏秋为多见，呈散发或小流行。其传染源为感染者鼻咽分泌物中及粪便内排出的病毒。传播途径主要通过被粪便污染的食物，经口摄入，或通过呼吸道传播。感染者多为1～5岁小儿，部分地区流行亦有以5～9岁最多。国外资料提示，成人患者有增多趋势。

本病临床上分前驱期、瘫痪前期、瘫痪期、恢复期和后遗期。一般患者在病期的第3～4天就出现肢体麻痹现象，瘫痪肢体在5～10天内相继出现并逐渐加重，轻症1～2天后即不再进行。瘫痪早期多数患者体温下降后瘫痪就不再进行，然后进入缓慢的恢复期，若病程超过18～24个月者拟为后遗期。

本病只要诊断及时，积极采取中西结合的治疗措施，约50%的患者可不留后遗症，后遗症患者经综合治疗后部分患者也可以治愈，90%的患者对针灸治疗有效。

中医学无小儿麻痹后遗症的病名，在古代文献中，类似本病症状的记载早期归属于"温病"、后期归"痿证"范围，临床上以下肢痿软、行走艰难较为多见，故亦称"痿躄"。

病因病机

中医学认为，本病多因感受风湿热邪从口鼻侵犯肺胃，浸淫筋脉；邪热耗伤肺胃阴液，导致筋脉失养，宗筋弛缓，不能束筋骨利关节而成痿。病久不愈，累及肝肾，精血亏损，则出现筋软骨痿，肌肉痿缩，弛缓不收等。

现代医学认为，本病由脊髓灰质炎病毒经口腔、咽部侵入人体，由肠道粘膜进入血液并播及全身引起病毒血症。若疾病不再发展，形成顿挫型，仅出现上呼吸道及肠道症

状而不产生神经系统病变。少数病例病毒侵入中枢神经系统而发病，严重者发生肢体瘫痪。中枢神经系统的病变以脊髓的损害为主，其次是脑干；脊髓以颈、腰段前角细胞损害多见，脑干型者以脑干运动核损害最为严重。

临床表现

本病潜伏期一般为5～14天。根据发病形式和病程发展次序可分为五个期。

急性期过后1～2周瘫痪肢体逐渐恢复，运动范围及肌力随之增强。在最初3～6月内恢复较快，6个月后恢复减慢，若得不到有效治疗，则长期瘫痪的肢体可发生肌肉痉挛、萎缩和变形，并因血液供应不良而发生皮肤水肿、骨骼发育受阻而影响肢体功能活动。瘫痪肢体呈弛缓性，肌张力低下，腱反射消失，瘫痪分布不对称也不规则，可累及任何一组肌群、肌肉，临床上以颈、腰部脊髓受损为多，故瘫痪以四肢较多，下肢尤为多见。

辨证施治

1.肺热证：

主证：发热、咳嗽、咽喉红痛、呕吐腹泻、肢体疼痛，继而萎软无力，苔薄白，脉细数。

治则：宣肺解表，散风清热。

处方：合谷（－）　列缺（－）　曲池（－）　风池（－）

发热甚，泻少商、商阳、大椎；肢体疼痛，泻外关、足三里；呕吐腹泻，中脘、内关、上巨虚。

穴方简释：合谷为手阳明经之原穴，列缺为手太阴经之络穴，两穴为原络相配，具宣肺解表之功。风池为足少阳经与阳维脉之会穴，配合谷、曲池具散风清热之功。

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法、不留针。

疗程：每日1～2次，5次为一疗程。

2.湿热证：

主证：发热、肢体疼痛而重，触之痛剧，继而肢体萎软无力，或腹肌弛缓膨胀，兼烦躁，或嗜睡、多汗，舌质红、苔黄腻，脉濡数。

治则：清热利湿。

处方：曲池（－）　足三里（－）　三阴交（－）　阴陵泉（－）

上肢瘫痪，加肩髃、外关、合谷；腹肌瘫痪，加天枢、中脘；下肢瘫痪，加秩边、阳陵泉。

穴方简释：曲池、足三里，为手足阳明经之穴，具通络清热之功效；三阴交、阴陵泉，为足太阴经之穴，具健脾利湿之功效。四穴相配，既达清热利湿之功，又能祛邪通络。

操作方法：进针得气后用提插捻转泻法，热甚者不留针，湿重者留针20分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

3.肝肾亏损证：

主证：病之后期出现筋软骨萎，肌肉萎缩，关节畸形，舌质淡、脉沉细。

治则：补益肝肾，调理阳明。

处方：肝俞（＋） 肾俞（＋） 悬钟（＋） 太溪（＋） 足三里（＋） 曲池（＋） 阳陵泉（＋） 腰阳关（＋）

抬肩困难，加颈夹脊、臑会、肩髃、肩髎、臂臑、天宗；屈伸肘乏力，加天府、天泉、尺泽、曲泽；手内外旋困难，加手三里、阳池、阳溪、后溪、四渎、少海；腕下垂，加外关、阳池；腹肌瘫痪，加夹脊、梁门、天枢、带脉；抬腿无力，加髀关、伏兔、腰夹脊，环跳；膝伸展无力，加血海、梁丘、项上；膝反屈，加承扶、殷门、合阳；足下垂，加下巨虚、解溪；足内翻，加悬钟、丘墟、飞杨、申脉；足外翻，加三阴交、照海、太溪。

穴方简释：肝俞、肾俞，为足太阳经穴；太溪，为足少阴经原穴。三穴相配，具补益肝肾之功。腰阳关系督脉经穴，是治痿之要穴。阳陵泉、悬钟，一为筋会，一为髓会，具益筋髓作用。曲池、足三里，分别为手足阳明经穴，阳明多气多血又主宗筋，取此二穴乃按“治痿独取阳明”之意。

操作方法：进针得气后，用提插捻转补法并灸，留针20～30分钟。

疗程：隔日针灸1次，10次为一疗程。每疗程结束后休1周再作下一疗程，或与其他疗法间隔进行。

其他疗法

1.水针：根据体针穴位选取，每次选2～4穴，用10%葡萄糖注射液，维生素B_1、B_{12}，盐酸呋喃硫胺，加兰他敏及当归注射液等。每穴注入0.5～0.1ml，10%葡萄糖注射液，每穴可注射10ml。隔日一次，10～20次为一疗程。

2.耳针：采用埋针或毫针刺法。取肺、神门、肝、肾、皮质下、颈椎、胸椎、腰骶椎，毫针刺法每次选3～4穴，每日或隔日1次，每次留针30分钟。埋针每隔2～3日1次。

3.皮针：上肢瘫痪者，取手阳明之肩髃、曲池；督脉经（颈至胸4）；手少阳之外关、阳池。下肢瘫痪者，取督脉、膀胱经及足阳明胃经、足太阴脾经为主，也可取足厥阴、足少阳经（患侧）。腹肌瘫痪者，加足阳明经、足太阴经、足少阳经在腹部的循行部位。每日1次，用皮肤针叩刺。10次为一疗程。

4.埋线或结扎：以四肢及腰骶部穴为主，一次选用1～2穴或神经运动点。切开皮肤，运用血管钳或其他刺激物，在穴位或神经运动点上作一定强度一定范围的刺激后，再以羊肠线埋入或将治疗点周围的组织结扎起来而产生治疗作用的、具体操作：①在选取的穴位或神经运动点用龙胆紫做标记，并进行稍大范围的无菌消毒，继而铺洞巾。②在标记处注射0.5%或1%的普鲁卡因，行皮内或皮下麻醉。③在标记处用手术刀切开皮肤，切口约3～5毫米，并将血管钳斜插入肌层，作适当的加压按摩，刺激强度以病人能耐受为度，时间1～2分钟。④将事先准备好的羊肠线2～3段（每段不超过切口长度）埋入切口内，或作穿线、穴位结扎（参照穴位穿线、结扎法）。⑤切口过大可用丝线缝合皮肤1～2针，再覆盖消毒纱布，胶皮固定。

文献选录

痿厥，身体不仁，手足偏小。先取京骨，后取中封、绝骨，皆泻之。（《甲乙经》）

冲阳、三里、仆参、飞扬、复溜、完骨主足痿失履不收。（《千金要方》）

天井、外关、曲池主臂痿不仁。（《千金要方》）

有湿热、有痰、有无血而虚、有气弱、有瘀血。针中渎、环跳。灸三里、肺俞。（《针灸聚英》）

经验选要

新医疗法治疗脊髓灰质炎后遗症。应用多种疗法综合治疗。统计了458名，其中91名显效，占19.87%；314名有效，占68.56%；53名无效，占11.57%。

方法有：①羊肠线结扎法：以肌肉松弛为主，于瘫痪肌群局部选穴。曾以本法治疗膝反屈72侧肢体（半年以内近期疗法）显效12侧，占16.7%；有效18侧，占25%。总有效率为41.7%。穴位有内血海、上合阳、直立、殷门、承扶（以加强腘绳肌为主）。脱血穴（股骨粗隆直上1寸，以加强髋部为主）。腰阳关（加强腰部为主）。②穴位注射：适用于肌力差、肌肉松弛或肌肉挛缩者。常用药物有盐酸呋喃硫胺20～40毫克，注射于腰骶丛神经及神经干周围的穴位。复方当归、注射液2～4毫升，注于肌肉挛缩及松弛肌肉处。③电针：适用于受害神经干及受害肌肉处。操作时一根针刺入受损神经处，另一根针刺入受损神经支配的肌肉上。（《中西医结合成果展览会技术资料选编》）

评述

小儿麻痹后遗症采用综合治疗后，4.9～15.1%的患者可以治愈，90%的患者对针灸治疗有一定效果。其中尤适应肌肉松弛、肌力降低，行走容易跌跤的患者。对骨关节畸形者，应以手术矫形为主，术后再进行针灸治疗，以改善其肌力。

穴位结扎治疗本病是有希望的治疗方法，对肌肉松弛，肌力减退而关节无明显畸形的患者具有更好的治疗效果，尤对膝关节反屈，应用此法治疗，总有效率可达40%以上。

广泛服用灰质炎病毒减毒活菌苗糖丸甲、乙、丙可大大降低本病的发病率。认真做好急性期患者的口鼻腔分泌物和大便的隔离措施，是防止本病流行的关健。

时培凤

八　新生儿破伤风

新生儿破伤风，是破伤风杆菌通过脐部感染的急性传染病，系由于旧法接生，消毒不严而感染。潜伏期以4～6天为多见。呈现面肌痉挛，牙关紧闭，苦笑面容及吞咽困难，四肢抽搐等症状；重症患者，可出现角弓反张。患儿可因窒息、并发感染、衰竭而危及生命。

中医学中对本病早有记述。魏晋时期皇甫谧著《针灸甲乙经》中，即载有用针炙治疗小儿脐风的方法。《幼科发挥·脐风》谓："一曰撮口，二曰噤风，三曰锁肚，证虽不同皆脐风也。"脐风即新生儿破伤风。

病因病机

新生儿破伤风的病因，系外邪由脐带创口侵入患儿机体致病，外邪进入脐带创口后，郁结脐部，则脐肿生疮。风毒自创口袭于经络，则沿经脉流注五脏，引动内风。毒入心脾结于口舌，则口噤舌强，唇青撮口，乳不能吮，啼不出声；毒入肝肾，筋脉拘急，四肢抽搐，角弓反张，腹部胀硬，脐周浮肿，或攒眉而叫，指纹色青。如延误失治，则正气不支，邪毒内陷，变证丛生而成危候。

现代医学认为，本病病原体是破伤风杆菌。此菌能生长在无氧环境中，其芽胞抵抗不利条件的能力很强，接生时若刀剪、线绳等消毒不严，使破伤风杆菌感染到脐带，而脐带坏死则为细菌繁殖创造厌氧条件。该菌的繁殖不引起明显的炎性反应，破伤风症状是由其产生的外毒素所引起，外毒素一旦与神经组织结合，抗毒素就不能将其中和，使抗毒血清的作用受到限制，因此只有预防才是根本解决办法。

临床表现

本病潜伏期一般是4～7天，俗称四六风或七天风。最初出现症状是牙关紧闭，苦笑面容，吞咽困难，易激惹以及哭声低等。稍有刺激后出现阵发性抽痉，颈项强直，躯干及四肢强直性痉挛。重者，频繁严重的痉挛不易控制，喉痉挛可发生窒息，出现呼吸、心力衰竭。发作间歇期全身肌肉呈持续性强直，牙关紧闭。

辨证施治

风毒外袭、流注五脏：

主证：唇青，口撮，牙关紧闭，不能乳食，啼哭不出，口眼颜面牵引，呈苦笑面容，颈项强急，四肢抽搐，角弓反张，脐突腹紧，指纹青色。

治则：宣通经络，息风镇痉。

处方：风池（－）　合谷（－）　颊本（－）　下关（－）（双）　廉泉（－）大椎（－）　百会（－）

穴方简释：风池，祛风、解热、潜阳；合谷，清热、镇痉、解表、止痛；大椎，清热、解表、宁神、清脑；百会，开窍、宁神；颊车、下关，舒络、开口；廉泉，生津、开口。

操作方法：针刺大椎、廉泉，不留针；其他穴位留针30～60分钟，间断行针2～3次。另外，还应采取综合措施，包括消除毒素来源，尽早注射破伤风抗毒血清以中和体内毒素，同时采用抗生素，控制和解除痉挛，保持呼吸道通畅等以及支持疗法。

其他疗法

1.艾灸：大蒜捣烂如泥，敷在肚脐上，将艾柱放在蒜泥上灸，灸至闻到病儿口中有

蒜气时为止，然后再用蒜汁滴入鼻内。

2.灯火灸法：取风门、眉心、人中、承浆、少商（双）、脐，用灯草蘸植物油，燃着后按穴位快速动作烧燃皮肤，一点即起，每穴每次燃烧1～2次，脐带未落的，于脐带口烧燃，已落的可于落处烧燃，每日1次，连续3～5天，以达温通经络，熄风解痉。

文献选录

"破伤风：取后溪、大敦、合谷、行间、十宣、太阳紫脉。"（《针灸大全》）

"初生小儿，脐风撮口，灸然谷三壮，针入三分，不宜见血。"（《卫生宝鉴》）

评述

新生儿破伤风系初生时脐带消毒不当，破伤风杆菌自脐带侵入所致。

消灭新生儿破伤风，必须从预防着手，督促检查新法接生在农村中推行的情况和加强培训接生员。新生儿出生后，脐带必须严格处理，进行消毒。若发现脐带处理不当，应及时注射破伤风抗毒素。

新生儿破伤风的治疗应采取综合措施，包括消除毒素来源，尽快中和体内毒素，控制和解除痉挛，保持呼吸道通畅及预防并发症。治疗应用破伤风抗毒素、青霉素、镇静剂、肌肉松弛剂等。不可单用针灸治疗。

魏佩芳

第十二章　眼　科

中医诊治眼病，既要树立整体观念，又必须结合眼科的特殊情况，通过四诊而进行辨证施治。眼是人体外在的视觉器官，在生理上与脏腑精气有关、特别与肝脏更为密切。十二经中手足阳经和手少阴、足厥阴经以及奇脉中的任、督、阴、阳跻四脉均与眼有联系。眼科辨证有其独特之处，眼病虽多，按部位分不外乎障和翳和癍，辨证当分虚实。障分内外，外障病变在肉轮、血轮、气轮、风轮等部位，发病多与外感或外伤有关，其特点是发病突然，发展较快，胞肿、睛红、眵多、翳膜遮睛等外症比较明显；内障病变主要在晶珠和水轮部位，发病多七情太过、劳累过度、过用目力有关，少数亦可由外伤引起。翳分新宿，起于黑睛上的混浊统称为翳。翳分点状、树枝状、地图状或虫蚀状，辨证首先区别是新翳还是宿翳。新翳多为外感实证。且易传变，早期病在风轮治宜祛风解表，痰热素盛，邪易入里，治宜清热化痰，邪毒侵袭多数发展迅猛、翳满风轮，状可凝脂，治宜清火解毒，并须防其穿孔恶变。宿翳为新翳治疗日久或外伤遗留之瘢痕，一般不伴赤痛流泪等症，多数属虚证。翳对视力的影响，首先定其部位，而后观其厚薄，凡翳遮瞳神，视力必然受到明显影响，翳在黑睛边，即使大而厚，一般不会影响视力。痛痒，红肿，眵泪，视觉异常是眼病常见之四大症状。辨证必须分清虚实。实证，施以疏风清热、泻火解毒、活血化瘀、利水逐湿、疏肝理气等法；虚证，施以补阴降火、益气调血、补益肝肾等法。

黄羡明

一　麦粒肿

内、外眼睑的急性化脓性炎症，俗称麦粒肿。本病主要症状为眼睑部发生硬结，形如麦粒，痒痛并作，常易单侧患眼致病，也有两目同时而发。

病因病机

中医学认为，本病的发生有因外感风热客于眼睑者，或因过食辛辣等物，以致脾胃湿热上攻于目，二者均能使营卫失调、气血凝滞、热毒壅阻于眼睑皮肤之间，发为本病。

临床表现

初起眼睑局部红肿、痒痛并作，数日后形成硬结，形如麦粒，推之不移，继则红肿热痛加剧，甚至拒按，垂头时疼痛加剧，轻者数日内可未成脓肿而自行消退，重者经3～4天后，终则形成黄色脓点，可自行溃破排出脓液而愈。

辨证施治

1.外感风热型：

主证：眼睑红肿热痛，伴有发热、恶风、汗出，头痛咳嗽，苔薄黄，脉浮数。

治则：疏风清热消肿止痛。

处方：攒竹(－)　太阳(－)　鱼腰(－)　风池(－)　外关(－)　合谷(－)(双)

穴方简释：风池、外关，疏散风邪；配以攒竹、太阳、鱼腰，疏导眼睑局部郁热、合谷，为手阳明经原穴，系治眼疾的常用穴位。诸穴共奏疏风清热消肿止痛作用。

操作方法：太阳穴七星针叩刺，微出血泻其郁热，余穴进针得气后用提插或捻转泻法，留针20分钟，每日1次。

2.脾胃湿热型：

胞睑属脾，脾胃湿热上攻，导致眼睑红肿热痛，伴有口臭口渴，便结，心烦、苔黄腻，脉濡数。

治则：清热利湿和中。

处方：合谷(－)　承泣(－)　四白(－)　阴陵泉(－)　支沟(－)

穴方简释：本方取手阳明经原穴合谷、足阳明经承泣、四白、足太阴经阴陵泉，以清脾胃湿热，更加支沟行腑导滞泄热。

操作方法：进针得气后用捻转泻法，留针20分钟，每日1次。

其他疗法

1.耳针： 取眼、肝、脾、耳炎，强刺激，耳尖放血，每日1次。

2.拔罐： 取大椎，用三棱针点刺出血，拔罐。

3.针挑： 在肩胛区找到粟粒大淡红色皮疹，皮肤常规消毒后，挑破皮疹，挑断皮下组织纤维，患左(眼)挑右、患右(眼)挑左。

文献选录

麦粒肿：取健侧天井，患侧合谷。(《针灸研究进展》)

偷针眼：视其背上细红点如疮，以针刺即愈，实解太阳之郁热。(《针灸聚英》)

经验选要

刘萍，耳垂眼穴注射治疗麦粒肿150例。方法：患眼同侧耳垂眼穴常规消毒，用4½号针头皮下注射维生素 B_{12} 0.3～0.5毫升，每日1次，3次为一疗程。结果：痊愈130例(86.7%)，其中注射一次治愈者38例，注射二次治愈者89例，注射三次治愈者3例。好

转20例，均无不良反应。（《湖北中医杂志》(1)37.1987年）

针灸临床经验辑要：针挑治疗麦粒肿42例，取穴：在患眼对侧背部肩胛骨内缘，或7～12胸椎两旁找到暗红色或红色，粒大的出血点3～5个为治疗点，皮肤常规消毒后，用三棱针点刺，使之出血用干棉球拭净，直至无血或少血时为止。结果：痊愈34例，促成早日化脓者5例，无效3例，随访10例，其中有2例复发，但较前为轻。

评述

麦粒肿一般经治疗后可痊愈，但也有因气血虚弱，复感风毒或因余邪未清，热毒内伏而致惯发者，故在肿核消退后，仍应结合全身具体情况进行对症治疗，以免复发，患处切忌随意挤压，以免炎症向眶内甚至颅内扩散而引起眼睑蜂窝组织炎，甚至海绵窦静脉炎而危及生命。

吴泽森

二　近视

近视是一种屈光不正的眼病，外观眼部一般无明显异常，只是眼在调节静止状态下，平行光线经眼屈光后，所成焦点在视网膜之前，故患眼对远距离的物体，辨认发生困难，即近看清楚，远视模糊，中医眼科称能近怯远症，本病好发于青少年，与灯光照明、坐姿、过度用眼和用眼卫生习惯不良有关。

病因病机

肝藏血，开窍于目，目得血而能视，若久视伤血，目失所养，发为本病。此外，先天禀赋不足也是本病的原因之一。

临床表现

近视的主要症状是视力减退，视物模糊，轻度近视者，视力一般在0.5～0.7之间，较重者可下降达0.1～0.3之间，对先天禀赋不足、肝肾阴虚者，常有视物昏花、失眠健忘、腰酸、舌红，脉细。

辨证施治

近视多系肝肾阴血不足，血不荣目，视物不清，故治疗应以调治肝肾入手。

治则：滋补肝肾，益气明目

处方：攒竹（－）　承泣（－）　风池（－）　合谷（－）　太冲（－）　肝俞（－）　肾俞（＋）（双）

穴方简释：攒竹、承泣，是治眼疾的常用穴，有清肝明目作用；风池，为手足少阳与阳维之会穴；配合谷、太冲，调气和血养目；肝俞、肾俞，有调补肝肾、养血明目的作用。

其他疗法

1.耳针：取眼、肝、肾（均双侧），中等刺激，留针20分钟，隔日1次，10次为一疗程。

2.梅花针：点刺眼周穴位及风池穴，每日1次，10次为一疗程。

3.压籽：取睛明、四白、攒竹，胶布帖王不留行籽贴于穴位，每日按揉3遍，每遍每穴20次，5日后去掉，休息2日，再行敷粘按揉。

文献选录

远视䀮䀮目窗主之。（《甲乙经》）

上星治头风目眩，睛痛不能远视。（《秘传眼科龙木论》）

经验选要

潘银根等，皮内针治疗屈光不正78例。取穴①睛明、至阴、散光加合谷，②瞳子髎、四白、肝俞、肾俞、曲池，③攒竹、鱼腰、至阴，④攒竹、鱼腰、肾俞、至阴、曲池，按常规消毒，将皮内针刺入穴位，外有胶布固定，上述每周每穴留针时间为1周，间隔休息2天，再埋针下一组。结果有44例的视力恢复到1.0以上，27例达0.8以上，7例无效。对视力恢复到1.0以上者停针1年后随访，有36例未见减退，稳定率为80%。（《广西中医药》(2) P31 1986年）

梅花针治疗青少年近视眼821例。取穴：后颈部和眼区穴位，风池、大椎、内关。操作：一般每次叩打20～30下，用中等强度，隔日1次，15次为一疗程。疗效：近期治愈93只眼，显效352只眼，进步304只眼、无效72只眼，近期有效率91.3%。（《针灸研究进展》）

评述

近视眼都发生在生长发育期的学龄儿童和青少年，虽然近视的发生有一定的遗传因素，但外因往往是一个直接的因素，根据针灸实践及文献介绍，针灸治疗近视的近期效果较满意，但远期效果尚不理想。所以应把预防近视保护视力列为一项重要工作，平时要注意用眼卫生，坚持眼保健操。

吴泽森

三　急性结膜炎

急性结膜炎，是一种常见的传染性眼病，俗称红眼或火眼。以明显眼部结膜充血及粘液脓性分泌物为其主要特点。多见于春秋二季，在学校、家庭、托儿所或其他集体生活的场所容易流行。

病因病机

本症多因外感风热之邪或经气阻滞，火郁不宣，或因肝胆火盛，循经上扰，以致经

脉闭阻、血壅气滞而成。

临床表现

潜伏期一般为1～2日，多为双眼发病，也可略有先后，自觉异物感和烧灼感，分泌物增多，初为浆液性随之变为粘液脓性，常使上、下睑睫毛粘集成束。通常在发病后3～4日症状达高潮，可见疼痛、畏光、流泪，视力障碍等症状，随后逐渐减轻，10～14日可痊愈。

辨证施治

1.外感风热型：

主证：目赤肿痛，分泌物多，流泪，伴有头痛、发热、恶风，脉浮数，苔薄黄。

治则：疏风泄热，消肿定痛。

处方：攒竹（－）　太阳（－）　曲池（－）　合谷（－）

穴方简释：阳明、太阳、少阳的经脉均循行于目，故取曲池、合谷，泻阳明经之热；攒竹穴属足太阳之脉，针泻可宣泄患部之郁热，有通络明目的作用，更配经外奇穴太阳穴、点刺出血，以泄热消肿定痛。

操作方法：针刺攒竹穴时，针尖宜向睛明穴，用捻转泻法，太阳穴用三棱针或梅花针点刺出血；余穴用提插捻转泻法，留针15分钟。

疗程：每日1次，或早晚各1次

2.肝胆火盛型：

目赤肿痛、畏光、分泌物增多，伴有口苦、易怒、烦热、大便秘结，舌尖边红，脉弦数有力。

处方：瞳子髎（－）　太阳（－）　合谷（－）　行间（－）　侠溪（－）（双）

穴方简释：目为肝窍，足厥阴之脉，"循喉咙之后，上入颃颡，连目系……"肝胆火盛，循经上扰于目，故治宜清肝泻火、消肿止痛。取肝胆两经的荥穴，以泻肝胆之火盛；瞳子髎穴属足少阳胆经，为患眼局部取穴；配太阳穴针用泻法，或七星针叩刺微出血，有泄热止痛，消肿作用，泻合谷，可清阳明之热。

其他疗法

1.皮内针：①体穴：太阳、肝俞；②耳穴：眼、肝。方法：每次2穴，如左太阳右肝俞，或左眼、右肝交替使用，埋针2～3日，夏季每日1次。

2.耳针：取眼、目$_1$、目$_2$、肝，强刺激，留针30分钟。

3.挑治：在肩胛区找敏感点挑治，或在大椎穴旁开0.5寸处以及在太阳、上眼睑等处挑治，隔日1次，每次选1～2个点。

4.七星针：取上、下眼睑及眶周、太阳、合谷、太冲，每日1次，轻叩刺，使其微出血。

文献选录

暴赤肿痛眼：宜先刺合谷、三里、太阳、睛明，不效，后再刺攒竹、太阳、丝竹

空。(《审视瑶函》)

眼赤肿疼痛：阳谷(一分泻之、灸)至阴。(《医学纲目》)

经验选要

云南省中医院报道针刺治疗66例急性结膜炎。取穴：睛明、鱼腰、承泣、攒竹、丝竹空用轻刺激手法，使眼眶周有酸胀感，留针2分钟，每日1次，每次取2～3个穴位。结果：有效99%，其中治愈75%。(云南中医杂志(4) 1959年)

缪希寿等针刺治疗急性结膜炎523例。选取耳穴：眼、耳尖，先揉按耳垂1～2分钟，常规消毒，0.5寸毫针刺入捻针约1分钟，强刺激不留针，针刺深度以穿透耳软骨，但不透过对侧皮肤为度，出针后局部挤捏出血1～3滴。结果：经针刺1～3次症状完全消失者444例(84.9%)，经针刺1～3次，临床症状减轻67例(12.8%)，无效12例(2.3%)。临床症状以羞明和异物感消失最著，分别为80%和83%，一次而愈者241例(54.3%)，2～3次痊愈者203例(45.7%)。(《福建中医药》(1) 13. 1987年)

评述

本病为眼科常见的急性传染病，常可引起流行，故凡已发现患本病者，应注意眼的卫生，睡眠充足，勿食辛辣之物，同时做好病人洗脸用具，手巾或个人接触，防止进一步扩散。

吴泽森

四 泪腺分泌功能亢进

因泪腺产生的泪液过多，超越泪道的正常排出量，称为泪腺分泌亢进。泪液产生过多，常见于情绪激动或风、烟、尘、冷、异物的刺激，或与眼部某些疾病有关。属中医眼科的迎风流泪症。流泪有冷、热之分，好发于中老年，冷泪一般冬季较重，病延日久，则不分冬夏。热泪大多数为眼部感染的继发症状。

病因病机

本症流泪有冷热之分，虚实之别。冷泪，多为肝肾精血亏损、泪窍狭窄、风邪外引、泪液外溢所致；热泪，多因肝火炽盛、外风侵袭所致，属实热症。

临床表现

1.冷泪症：眼睛不红不痛，时时流泪，遇风流泪更剧，泪水清稀，流泪时无热感，若久流失治，可影响正常视力。

2.热泪症：眼睛红肿热痛，畏光，泪液粘稠，迎风加剧，流泪时有热感。

辨证施治

1.冷泪症：

治则：补肝益肾。

处方：睛明（＋） 攒竹（＋） 风池（＋） 肝俞（＋） 肾俞（＋）（双）

穴方简释：睛明、攒竹，为足太阳经经穴，太阳之脉入项通目系，且睛明、攒竹为眼部治眼疾的重要穴位，故刺睛明、攒竹可通调局部气血。风池为风气会聚之处，又是治眼疾的常用穴，刺之针感常可达眼区，与睛明、攒竹穴前后相配，更有疏通目窍，调和眼部气血的作用，肝俞、肾俞施以补法，有补益精血亏损之功。

操作方法：进针刺用补法。

疗程：隔日1次，10次为一疗程；休息10天，继续第2疗程。

2.热泪症：

治则：散风清热，疏肝明目。

处方：睛明（－） 攒竹（－） 合谷（－） 阳白（－） 太冲（－）（双）

穴方简释：睛明、攒竹，配手阳明大肠经原穴合谷，针用泻法，可散风清热；阳白配太冲，可清泄肝胆之火，兼有消肿止痛作用。

操作方法：进针得气后睛明、攒竹、阳白用捻转泻法；余穴用提插捻转泻法。

疗程：同上。

其他疗法

1.耳针：取眼、肝、目$_1$、目$_2$，强刺激，留针30分钟，每周2次。

2.按埋：取肝、肾、交感、眼、目$_1$，用火柴梗之圆头或类似的圆头金属棒按压上述穴位，每日3次，每穴20下，或用橡皮胶布贴有留行子贴于上述各穴，每日用力按压上述胶布3次。

文献选录

近风有泪：头维、睛明、临泣、风池。（《针灸大成》）

迎风冷泪：宜刺攒竹、合谷、大骨空、小骨空。（《审视瑶函》）

迎风冷泪：睛明、腕骨、风池、头维、上星、迎香。（《针灸集成》）

泣出补天柱，经侠颈。侠颈者，头中分也。（《灵枢·口问》篇）

经验选要

安徽省皖西医院眼耳鼻喉科针刺治疗溢泪症28例（45眼）。取穴：睛明、攒竹、头维、巨髎、风池。针法：行捻转雀啄术，中等刺激、不留针，5天为一疗程，休息2～3天，再行第2疗程。结果：治愈7例（10眼）；进步17例，无效4例。（《新医药杂志》（12）32 1977年）

黑龙江双城县人民医院针刺治疗溢泪症118例。取穴：睛明、迎香。方法：轻捻转、不留针。结果：痊愈者75例(63.6％)，好转者31例（26.3％），无效者12例(10.1％)。

（《天津医药》(5) 221　1974年）

评述

本病是中、老年常见眼病之一，其常与砂眼、及泪囊周软组织炎症有关。故在针刺治疗的同时，应注意眼部卫生，所用的手帕应煮沸消毒，以防反复交叉感染。

吴泽森

五　麻痹性斜视

本病一般指后天性眼外肌麻痹。其病因常与下列因素有关：①炎症，急性传染病如脑炎、腮腺炎、麻疹、流感，局部炎症有海绵窦静脉炎，眶上裂炎症均可引起本病；②长期缺少维生素B，引起视神经炎，累及眼外肌而致麻痹；③脑内肿瘤压迫；④外伤等。中医称“双目通睛”指两眼不能同时正视前方而言。

病因病机

中医学认为，本病与肝肾精血亏损和脾胃中气不足有关，前者因目失精血所养，目珠维系失调而致目珠转动失灵，逆致斜视。后者因络脉空虚，风邪乘虚侵袭，目系拘急而成。但两者并非绝然分开，斜视久治不愈者，常见肝、肾、脾、胃皆虚。

临床表现

主要症状是复视，有定向定位错误，一眼或双眼黑睛偏向内眦或外眦，转动受限。可伴头晕、恶心，甚至呕吐，但遮蔽一眼睛，症状可减轻或消失。

辨证施治

1.外感风邪型：

目珠转动受限、复视同时而见。起病突然，发热头痛，恶心呕吐，苔白，脉浮。

治则：祛风通络。

处方：

①内斜：太阳（－）　瞳子髎（－）

②外斜：睛明（－）　攒竹（－）

酌情选配四白、阳谷、风池。

操作方法：进针得气后用捻转泻法；也可在眼周穴位上接电针仪，低频率脉冲通电20分钟，以病人能忍受为度，隔日1次。

疗程：隔日1次，20次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取肝、肾、眼、目1，埋针，每周调换1次，注意耳穴局部不要感染（或王不留行子橡皮胶埋穴）。

2.七星针：在眶周作七星针叩刺，重点以斜视的对侧穴位，隔日一次。

3.皮内针：内斜，取太阳、瞳子髎、丝竹空；外斜，攒竹、鱼腰、印堂。对进针处消毒，将无菌图钉式或蝌蚪式揿针刺入，外敷胶布固定，连续埋针5天，每次1～2个穴位。注意：保持干燥，防止胶布受潮脱落或局部皮肤感染。

2.肝肾亏损型：

主证：目珠斜视，起病缓慢，头晕目眩，视物昏朦，耳鸣，舌淡，脉沉细。

治则：补益肝肾。

处方：睛明（＋） 攒竹（＋） 光明（＋） 照海（＋） 肝俞（＋） 肾俞（＋）（双）

“操作方法”、“疗程”等项同前。

文献选录

眼㖞通睛：针客主人（一名上关）入一分，久留之，得气即泻。亦宜灸，日三七壮至二百壮，炷如竹筋大。（《千金翼方》）

睊目，水沟主之。（《甲乙经》）

经验选要

贾秀卿等，核桃皮灸治疗先天性内外斜视6例。方法：白菊花40克，鲜核桃壳皮置于500毫升温水中浸泡24小时后备用，治疗时选无镜片的眼睛架一付（两侧接上铁丝）令患者戴上，然后将核桃壳扣于眼镜框架上，取0.5～1.0寸长的艾条插在铁丝上点燃，每日1次，每次15～20分钟，7天为一疗程。病情重者，可配合体针。结果有5例双眼平视时恢复正位，1例基本达到正位，治疗次数最短者为5次，最长者为23次。（《中国针灸》（2） 44.1986年）

周书文等，电针治疗眼肌麻痹17例。上睑下垂，取阳白、眶上神经点；内直肌麻痹，取睛明；外直肌麻痹，取瞳子髎；下斜肌，取球后穴。配穴：攒竹、承泣、肝俞、脾俞、肾俞。每日1次，10次为一疗程，留针20分钟。电针强度和频率以患者能忍受为度，待见效后逐渐减小强度和频率。结果：12例治愈（眼外肌恢复功能、复视、斜视消失）。1例基本痊愈（单纯眼睑肌麻痹，眼裂与健侧比差1毫米）。明显好转者2例（斜视复视25°以上者，眼球向内眦运动距内眦2.5毫米），好转1例（眼球功能恢复正常，但斜视恢复10°）。无效1例。总有效率94.1%，见效最短者一个疗程，最长者14个疗程。（《辽宁中医杂志》（12）29，1983年）

评述

麻痹性斜视系后天性其他疾病的继发病变，故应积极搞清致病的直接原因，以防延误或漏诊，如脑部肿瘤等。在针刺治疗的同时可作患眼的矫正训练，有助巩固双眼视觉。

吴泽森

六　色盲

辨色能力缺如者为色盲，患者一般自己不知道，只是在偶然的场合或体检时才发现，眼部外观及检查一般无明显变化、对视力很少有影响，古称本病为视赤如白或视物易色症。

病因病机

中医学认为，本病属虚症范围，主要是肝肾亏损、精血上承或因脾气虚弱运化无力，气血无以化生，目络失于充养，以致五色不能辨别。

临床表现

色盲，可分三种。丧失视红色辨色力，为红色色盲；丧失视绿色辨色力，为绿色色盲；如红、绿均不能辨认者，为全色盲。

辨证施治

1.肝肾阴虚型：

主证：色盲伴有视物不清，头晕，腰酸，乏力，脉细，舌质暗而少津、苔薄。

治则：补养肝肾。

处方：肝俞（＋）　肾俞（＋）　太冲（＋）　太溪（＋）　风池（＋）　光明（＋）（双）

穴方简释：肝俞、肾俞，为肝肾二脏的背俞穴、肝肾二脏脏气会聚之处，太冲、太溪，分别为肝、肾二经的原穴。二穴相配，有补养肝肾作用。风池，为足少阳胆经之穴，是治眼病的常用穴；光明，为明目之效穴。所以本穴方有滋补肝肾、濡养目窍以治其本的功效。

操作方法：背俞，针尖向椎体斜刺，深1.0寸，进针得气后用补法；风池，针尖宜向鼻尖方向略斜下刺，深1.5寸。用泻法，留针20分钟，每周3次，20次为一疗程。

2.脾胃气虚型：

主证：色盲伴有头晕、乏力、纳少、便溏、舌淡，脉细无力。

治则：健脾和胃，益气升清。

处方：百会（＋）　攒竹（＋）　天柱（＋）　阳池（＋）　合谷（＋）　足三里（＋）　丰隆（＋）　太冲（＋）（双）

穴方简释：合谷、足三里，调肠胃之经气；阳池，为三焦经之原穴，补其使三焦原气充沛、运行不息；更有百会居于首之巅顶，使脾胃化生的气血，源源不断地升提到头、目，充养目窍。太冲，为肝之输（土）穴，有补肝作用；攒竹、天柱，同为足太阳膀胱经的穴位，太阳经上项入目系，故也有引导气血上行，充养目窍。

操作方法：天柱，针尖向鼻尖略斜下刺，深1.0寸，使针感循太阳经缓慢向目区扩散。用补法，留针30分钟，间隔10分钟行捻转提插以加强针刺感应。

疗程：每周3次，每次30分钟，20次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：(或王不留行籽埋穴法)取肝、肾、目₁、目₂肾上腺，每周2次，针刺治疗每次留针20分钟，期间隔5分钟行括针法，以加强刺激。10次为一疗程。埋穴治疗：每周换药1次，左右耳交替进行，嘱患者每日自行按揉3次，每次5分钟，以耳廓有胀、疼、酸感为度。但需防皮肤破损耳廓感染。

文献选录

色盲：瞳子髎、睛明、丝竹空、攒竹、目窗、四白、光明、临泣、合谷、足三里等穴加减，针刺用泻法，如有肝肾阴亏见症的，可酌加太溪、复溜、肝俞等穴用补法。(《针灸学讲义》)

经验选要

陈克勤等，针刺治疗109例先天性色觉障碍症。取穴：①太阳、攒竹、光明，②风池、四白、足三里，③风池、四白、三阴交。三组穴交替应用，得气后留针30分钟，隔5分钟行针1次，每日1次，12次为一疗程。疗效：治愈28.49%，显效4.59%，有效61.47%，无效4.59%，其中属色弱者有18例，治愈者占88.9%，色盲者91例，治愈者占16.48%。(第二届全国针灸针麻学术会议论文，1984年)

刘华报道，治色觉障碍200例。取穴：瞳子髎、睛明、攒竹、风池、太冲、足临泣、球后、翳明等，分成三组交替使用，采用提插轻，捻转少，可按电针仪通电15分钟，12次为一疗程，休息3～6天。结果：治愈47%，显效28%，好转19%，治疗次数最短10次，最长70次，平均38次。(新中医(7)1983年)

评述

现代医学认为，色盲是一种先天性、遗传性疾病，是由色觉障碍所致，到目前为止还没有找到有效的治疗方法，针刺治疗色盲，近年来文献报道不少，较有疗效，对色弱患者疗效更好。

吴泽森

七　视神经萎缩

视神经萎缩，是视神经纤维在各种病因影响下发生变性和传导功能障碍，其病因复杂，一般分为原发性和继发性两大类，常与颅内占位病变、外伤、炎症和遗传有关。眼部外观无异常，但自觉视力缓慢下降，而至不辨人物，不分明暗，古称青盲。

病因病机

肝肾阴亏，精血耗损，精气不能上荣，或脾失健运，气血两亏，清气上升无力而致目失涵养，视力下降等可致本病发生。

临床表现

初起自觉视物昏渺，朦昧不清，或眼前阴影一片，呈现赤黄或青绿之色，日久失治而至不辨人物，不分明暗发为本病。

辨证施治

1.肝肾亏损型：

主证：视力进行性下降，以至不辨人物、明暗，同时伴见眼中干涩、头晕、耳鸣、遗精、腰酸，舌红，脉细。

治则：补肝益肾明目。

处方：肝俞（＋） 肾俞（＋） 风池（－） 球后(＋) 光明(－) 太冲（＋）

穴方简释：肝俞、肾俞、太冲，滋养肝肾；配足少阳胆经络穴光明，有调肝明目之功；风池，为手足少阳及阳维之会穴；球后，为经外奇穴。均可通络明目，故本穴方具有补肝益肾明目作用。

操作方法：风池，针尖向鼻尖刺，深1.5寸以内；球后，用32号细针，垂直进针后，沿眶下壁向眶底刺，深1.2寸，用捻转补法，要求眼球有胀感，或眼球后有胀感为度。

疗程：每周3次，每次留针29～30分钟，20次为一疗程。

2.气血两虚型：

主证：视力逐步下降同时伴有气短乏力、纳少、便溏、头晕，脉细弱无力，苔薄、舌质淡等。

治则：益气养血升清明目。

处方：膈俞（＋） 脾俞（＋） 胃俞（＋） 足三里（＋） （＋） 承泣(＋) 球后（＋）（双） 百会（＋）

穴方简释：脾俞、胃俞、膈俞、足三里，健脾和胃、化生气血；百会，升脾之清气上荣于目；承泣，属足阳明胃经；球后，为经外奇穴。均有通络益气明目作用。

操作方法：承泣穴针深0.8寸，球后穴沿眶上壁刺深1.2寸，用捻转补法；余穴用提插捻转补法。

疗程：每周3次，每次留针30分钟，20次为一疗程。

其他疗法

1.耳针（埋穴法）： 取肝、肾、皮质下、目$_1$、目$_2$，用埋揿针或王不留行籽埋藏，左右耳交替，每天按压3次，每次5分钟，20次为一疗程。注意防止耳廓感染。

2.水针： 取①球后，②风池、光明，两组穴位交替使用，每穴注射维生素B_{12}0.2～0.5毫升，每周2次，10次后休息一周，再进行第2疗程。

另外，也可取肝俞、肾俞、风池、悬钟，每穴注射胎盘组织液0.2～0.3毫升，每周2次，10次后休息壹周，再行第2疗程。

3.埋线： 取肝俞、肾俞，皮肤消毒后，进行局麻，然后将1～1.5厘米长的医用零号羊肠线，用消毒的三棱针将线埋于穴内，深约1～1.5厘米，操作必须严格无菌。

文献选录

青盲无所见：商阳、巨髎、上关、瞳子窌、络却、承光。（《针灸资生经》）
青盲无所见：肝俞、商阳（左取右、右取左）。（《针灸大成》）
青盲眼：肝俞、胆俞、肾俞、养老（七壮）、商阳（五壮）、光明。（《类经图翼》）
商阳治青盲，可灸三壮，左取右，右取左。（《秘传眼科龙术论》）
目昏暗，灸足三里、针承泣，又取肝俞、瞳子窌。（《医学纲目》）

经验选要

郑魁山，针刺治疗视神经萎缩症24例（40眼）。取穴：风池、内睛明、瞳子窌、攒竹、球后。方法：风池穴用热补法不留针，瞳子窌、攒竹、球后，用平补平泻法；内睛明用压针缓进法，留针10～20分钟。每日1次，12次为一疗程。结果：有效率为62.5%，对病程短、视乳头苍白轻的疗效较好，病程长视乳头苍白重者疗效较差。

天津市眼科医院新医科，电头皮针治疗87例视神经萎缩共138眼。取穴：视区。方法：26号针刺入视区两端，分别接上电脉冲刺激器，电流频240次/分，输出量以病人能忍受为度，通电20分钟，每日1次，10次为一疗程，休息3～4天再行第二疗程。结果：视力无进步者62眼(45%)，进步1行者32眼(23.2%)，进步2行者24眼(17.4%)，进步3行者2眼（1.4%），超过4行者9眼（6.5%），有效率55%，经1年后随访仍有60%视力不变或继续上升。

吴泽森，针刺治疗气虚血瘀型视神经萎缩症取得效果，外伤性视神经萎缩症经中医辨证属气虚血瘀型者为观察对象共7例，同时对其作血液物化测定，看到患者有全血粘度、血浆粘度、血球压积增高，红细胞电泳时间延长的变化符合中医辨证的结果。取穴：百会、阳池、合谷、足三里、太冲、膈俞、肝俞、球后。留针30分钟，期间每隔10分钟，球后穴作括针柄法，其他穴作捻转以加强针刺感应。隔日1次，20次为一疗程，共观察2个疗程。结果：视力针前$\bar{X} \pm S\bar{X}$为0.04±0.01，治疗结束时为0.29±0.04，经统计学处理有非常显著差异($P<0.001$)。有一例针前光感消失，针后提高到0.3。血液物化测定的前后比较结果，全血粘度、血浆比粘度、血球压积及红细胞电泳时间都有显著差异。

吴泽森

评述

视神经萎缩症，是眼病的晚期表现之一，治疗上尚缺少办法，针刺疗法有一定效果，其对外伤性视神经萎缩症的效果要优于其他类型的视神经萎缩症。在针刺治疗的同时，应嘱患者心情开朗戒怒，并适当的可服用B族维生素类药物，帮助神经恢复。

八　视神经炎

视神经炎有急、慢性之分，后者较多见。前者常与颅内及眼眶的急性炎症有关，慢

性者多为维生素缺乏、糖尿病、病后营养不良等有关，也可因慢性烟酒中毒引起、个别也有为遗传因素者。轻者如治疗及时可恢复正常视力、重者则预后较差，甚至可失明。本病在中医学中归属于“暴盲症”。患者平素无眼病骤然一眼或两眼失明，谓之暴盲。

病因病机

本病多因暴怒伤肝、肝阳升动、上亢于目、而睛珠失明，也有肝气不理、气滞血瘀、气血不能运精于目所致。

临床表现

早期出现前额疼痛、眼球运动时球后牵引痛，继之视力急剧下降，甚至可失明。

辨证施治

1.肝阳上亢型：

主证：视力急剧下降，伴有头目昏眩、腰酸肢软、失眠心烦，舌绛，脉弦。

治则：平肝潜阳明目。

处方：风池（－） 瞳子髎（－） 太冲（－） 光明（－） 球后（－）（双）

穴方简释：风池、瞳子髎，属足少阳胆经，肝胆相表里，刺胆经之风池、瞳子髎，可疏导眼部经气。太冲、光明，肝胆原络相配，平肝潜阳、明目，球后为经外奇穴，是治疗视神经病变的有效穴。

操作方法：风池，针向鼻尖斜下刺，深1.2寸，球后穴沿眼眶下壁，向眶底部针刺，深约1.2寸，用捻转泻法；余穴约用提插捻转泻法。每周3次，每次30分钟，15次为一疗程。

2.气滞血瘀型：

主证：视力显著下降，伴见头痛目胀、烦躁口渴、易怒、便结，舌紫，脉涩。

治则：活血化瘀、明目。

处方：睛明 天柱 膈俞 肝俞 内关 合谷

穴方简释：睛明、天柱，属足太阳膀胱经。太阳之脉“八项通目系”，刺之可疏导目系经气。肝开窍于目，取肝俞刺之。内关，理气活血，配血会膈俞有活血散瘀之功。合谷，专治头面之病，是治眼部疾患的有效穴位。故本穴方具有活血化瘀、明目作用。

操作方法：睛明，针深约1寸，不宜作大幅度捻转或反复捣刺，以防出血。天柱，针向鼻尖刺，深1.0寸；膈俞、肝俞，针向椎体斜刺，深1.2寸，留针30分钟，均用提插捻转泻法，每周3次，15次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取目$_1$、目$_2$、肝、耳尖。耳尖部用三棱针点刺出血少许，其他耳穴留针15分钟，每日1次，左右耳穴交替进行，10次为一疗程。

2.水针：取风池、肝俞、肾俞、太阳、光明穴，选择3～4穴，用10毫克/毫升的

维生素B_1每穴注入0.5毫升，每日1次，10次为一疗程。

文献选要

暴盲不见物、攒竹、太阳、前顶、上星及内迎香，俱针出血。（《针灸集成》）

暴盲不见物，针攒竹及顶前五穴（注：神庭、上星、囟会、前顶、百会），又刺鼻中大出血、立明。（《儒门事亲》）

攒竹治暴盲，针八分，禁忌灸法。（《中医眼科学》）

经验选要

中国人民解放军371医院针灸科，针刺治疗急性视神经炎23例。。取穴：新明（医风穴前上0.5寸处），视患者的体质情况给予适量刺激。每日1次，10次为一疗程。结果：痊愈4眼；显效5眼；进步6眼；无效8眼。有效率65.2%。作者认为针刺对急性视神经炎效果优于急性球后视神经炎，疗效与病程的长短有关。（《新医药杂志》（8） 40．1974年）

徐苯人，针刺治疗视神经炎34例（60眼），取穴：承泣、睛明、球后，风池。方法：用细针缓进缓出，以眼球深部有疼胀感为佳。每日一次，不留针或留针10分钟。结果：临床治愈7眼；显效10眼；好转24眼；无效19眼。（《临床针灸学》辽宁科技出版社1986年版第370页）

重庆市第一中医院针灸科，针灸治疗球后视神经炎21例。取穴：分7组。①风府、风池、太阳，②上星、目窗、迎香，③臂臑、合谷、光明，④照海、合谷、攒竹，⑤鱼腰、四白、申脉，⑥睛明、瞳子髎、头临泣，⑦命门、肝俞。方法：每天1组，轮流针刺，7天为一疗程，留针15～30分钟，隔5～10分钟行针一次。结果：其中9例治愈。

评述

急性视神经炎常与眼周的急性炎症有关，故在针刺治疗的同时，可用足量的激素和抗生素及时控制炎症。在慢性期可配用大量维生素B族类药物治疗，利于视神经修复。

吴泽森

九　中心性视网膜炎

中心性视网膜炎，是常见的急性眼底病。表现为眼底黄斑部及其邻近的视网膜发生病变，外眼正常而自觉视物模糊。本病好发于中年男性，可单眼或双眼先后发病，并有反复发作倾向。

本病可归属于中医学的青盲的范畴，依据其症候特点，在古医籍中曾具体记载为视大变小、视直变曲症。

病因病机

中医学认为，本病多与七情内伤，劳瞻竭视有关。或因伤于七情，肝气郁结，恣酒

嗜辛，胃热蕴积，营气不从，导致气滞血瘀，阻塞眼络；或因劳瞻竭视，暗耗真阴，阴虚火亢，上损神珠。

现代医学目前对本病病因尚未完全弄清，主要系黄斑部血管功能障碍或脉络膜炎所致。可能与变态反应或血管运动神经不稳定有关。其主要病理改变为黄斑部脉络膜毛细血管渗透性增加。

临床表现

1.自觉症状： 视力下降，并随着反复发作而加重。出现中心暗点，表现为眼前中心部有一灰色或深灰色之圆形影子挡住视线。视物可变小，变形及变色。多伴有眼胀、头痛等症。

2.眼底检查： 视网膜之黄斑部有针尖大小之渗出，并可有境界不清的弥漫性水肿混浊区，黄斑中心反射消失。

辨证施治

1.瘀阻眼络：

主证：病变突然，一眼或双眼视力骤降，眼前暗影较浓，眼底黄斑部混浊水肿。如为肝郁，烦躁易怒，肋痛口苦，脉弦细，舌暗红、苔薄；如为胃热，胸闷不舒，口干便结，舌红、苔薄黄或腻，脉数。

治则：化瘀通络。

处方：攒竹（－）　瞳子髎（－）（双）

肝郁，加光明（－）；胃热，加合谷（－）、内庭（－）（双）。

穴方简释：攒竹、瞳子髎，系就近取穴，意在疏通眼区阻滞之经气。肝郁，加胆之络穴，条达肝胆两经气血，该穴明目有效，故名“光明”；胃热，加手阳明经之原合谷，阳明经上面而近眼区，针之可泄阳明积热而通络明目。

操作方法：攒竹向下透睛明，以小幅度捻转之泻法使针感向整个眼区扩散。光明、合谷，先用导气法，徐进徐出，导气上行，再施以提插捻转泻法。瞳子髎，直刺用捻转泻法。急性期每日1次，待症状改善后，可改为隔日1次。7～10日为一疗程，停针3～5日，继续下一疗程。

2.阴虚火旺：

主证：视力下降，视直为曲，视大变小，眼底黄斑部有针尖大小、发亮的渗出点，中心反射消失。心悸盗汗，五心烦热，舌红、苔少，脉细数无力。

治则：滋阴降火。

处方：睛明（±）　承泣（±）　新明Ⅰ（＋）*

酌情选配肝俞（＋）、肾俞（±）、新明Ⅱ（＋）**。

穴方简释：睛明、承泣，均位于眼区，皆为明目之要穴；“肝气通于目”（《灵枢·

---

* 新明Ⅰ位置：翳风前上5分，耳垂后皱折中点。

** 新明Ⅱ位置：眉梢上1寸，外开5分凹陷处。

脉度》），取肝俞滋肝阴以濡润神珠，肾俞，肾脏之背俞，刺之益肾水而降上亢之火。新明Ⅰ、新明Ⅱ为近人治中心性视网膜炎之特效穴。

操作方法：睛明深刺1～1.5寸，以30号细毫针缓缓进针，注意避免伤及血管，至针感扩及整个眼区及眼球，略施平补平泻之法，提插及捻转幅度均宜轻宜小；承泣针法同此。肝俞用提插加捻转之补法，肾俞先补后泻，以补法为主。新明Ⅰ操作法为：取28～30号毫针，长1.5寸，针体与皮肤成60度角，与身体纵轴成45度角，快速进针，再向前上方徐徐刺入，至下颌骨髁状突浅面，可获针感，然后以捻转结合小提插手法，促使针感到达眼区，运针1分钟出针；新明Ⅱ：针尖呈水平刺入，缓慢进针5～8分，同上手法运针1分钟去针。每日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.电针：取翳风、曲鬓、丝竹空，先针翳风透曲鬓，继直刺丝竹空，得气后施平补平泻手法。然后接通电针仪，以疏密波通电20～30分钟，强度以病人耐受为度。每周治疗3次，10次为1疗程。疗程间隔3天。

2.耳针：取目$_1$、目$_2$、肝、皮质下，先探得敏感点后，刺入留针30分钟。可单取患侧，隔日针1次；亦可双耳交替，每日针1次。疗效不显者可配服中药：千里光15克、夜明砂、木贼草、白蒺藜、何首乌、谷精草各9克、蝉蜕3克，煎服，每日1剂。

文献选录

目忽暴盲不见物：刺其鼻中攒竹与顶前五穴，大出血，目立明。（《儒门事亲》）

目生内障：瞳子髎、合谷、临泣、睛明。……复刺后穴：光明、天府、风池。（《针灸大成》）

经验选要

李聘卿，针刺新明Ⅰ和新明Ⅱ穴治疗中心性视网膜炎350例，总有效率达到90.5%（中西医结合资料汇编 1974：34）。

彭格非，选睛明、健明、健明1、球后、承泣为主穴，配太阳、风池、翳明、足三里、合谷、曲池、肝俞、肾俞。每次取1个主穴，2个配穴，并取向阳$_1$或向阳$_2$，新明Ⅰ或新明Ⅱ以及阳明穴（太阳穴与阳白穴连线颞侧1/3处）。共治150例（其中52例同时服用维生素B_1。结果基本治愈90例，显效30例，进步63例，无效12例。

评述

针刺治疗中心性视网膜病变始于50年代；六十年代初，曾有人试用电针刺激球后穴，治疗本病，取得了较好的效果。但是较大的突破性进展则是近20年来的事，首先是一些有效新穴的发现，如新明Ⅰ、新明Ⅱ，向阳Ⅰ和向阳Ⅱ等穴位，使治疗效果获得了大幅度的提高；其次，各种穴位刺激法的应用，如针刺、耳针、穴位注射、磁穴疗法等，则适应了不同症候、不同阶段的治疗需要。从目前已积累的经验看，针灸对本病的效果是确切的，可以作为本病的主要疗法之一。有人曾通过对照试验，发现穴位注射治

疗的效果显著优于激素、抗生素、扩血管剂及能量合剂等的综合治疗。

关于针灸治疗中心性视网膜炎的作用机理，这方面的工作还有待深入。曾报道通过对本病患者（男性）针刺前后的性激素改变作了观察，发现针刺对患者血浆性激素浓度具有良性调节作用，并认为这种调节作用与患者视力的恢复可能有某种内在联系。

张仁

十　青光眼（慢性单纯性青光眼）

慢性单纯性青光眼，是一种常见的眼病。主要是因房水排出系统障碍引起，其直接原因尚未完全明了，有人认为Schlemm氏管的小空泡减少影响房水的传递，有的认为与房水内抗坏血酸的含量减少有关，说法不一，但通过电子显微镜观察发现，房水排出障碍的部位大多是小梁网，少数是房水排出通道的远端，本病的早期诊断，对保护视功能，防止丧失视力极为重要，临床上除作眼压描记、视力、视野等检查外，还需作 24h 眼压曲线检查、饮水试验，妥拉苏林等试验以助诊断。中医称之为绿风内障。

病因病机

中医学认为，本症病在肝肾二脏，患者素来真阴亏损或体弱气虚，常因情志失调，每于恼怒、激动后，肝气上逆伤目以致神水瘀滞而成本病。

临床表现

大多数病人可无任何症状，仅少数在眼压升高时可有头昏、头痛、眼胀痛、虹视、结膜充血等症状。眼底检查，可见视乳头凹这一特征性的改变，视野可有缺损，晚期中心视力形成“管视”。患者除有眼部症状外，全身尚可有气短乏力、神疲、便溏，苔薄边有齿痕，脉沉细无力，或结膜血管瘀点，皮下紫癜，舌有瘀斑，脉涩等表现。

辨证施治

慢性单纯性青光眼，属慢性眼病之一，其本质是气阴不足，神水瘀滞，但在病变的过程中，常因情志失调而症情起伏突发。本病见有头胀，眼痛，虹视，恶心、呕吐，气短乏力，便溏，皮下紫癜，苔薄边有齿痕或舌有瘀斑，脉沉细无力或细涩，球结膜血管可见有瘀点等标、本二方面的表现。

治则：益气养阴，行血化瘀。

处方：风池（－）　天柱（－）　足三里（＋）　三阴交（＋）　行间（－）　膈俞（－）　肝俞（＋）　肾俞（＋）（双）

穴方简释：膈俞，为血会，合肝俞、肾俞，补益肝肾，兼有养血行血作用；足三里，三阴交，益气健脾；天柱，属足太阳经，足太阳之脉“入项连目系”，配合风池，治眼病的有效穴，更能疏导目系行血化瘀；轻泻肝经的荥火穴，可行上逆之肝气下行，有利降眼压，上病下取之意。

操作方法：背俞穴针向椎体针刺，深1.0寸；风池、天柱，针尖向鼻尖针刺，深

1.2寸以内，使针感向患眼传导，足三里、三阴交、行间，均直刺，留针20分钟。

疗程：每周3次，20次为一疗程。

其他疗法

1.七星针：七星针叩刺眶周，以太阳、攒竹、阳白、鱼腰为主，使之微微见红。针刺行间、三阴交（泻法），每周3次，每次20分钟。取穴心俞──→肾俞，七星针叩刺往返5次，每日1次，10次为一疗程。

2.耳针：取肝、肾、眼、目$_1$、目$_2$、皮质下、交感，每周3次，左右交替，留针20分钟，12次为一疗程。

文献选录

络却治青风内障，目无所见。（《铜人》）

通谷治目弦，颈项痛目䀮䀮，可灸三壮，针入三分。（《秘传眼科龙术论》）

经验选要

吴泽森等，针刺治疗青光眼73例，按中医辨证分气虚血瘀型45例，血瘀型28例，经血液物化测定结果：患者均有不同程度的全血（高切速、低切速）粘度，血浆比粘度升高，血球压积增高和红细胞电泳时间延长等变化，符合临床辨证分型的结果。经取用膈俞、肝俞、肾俞、三阴交、行间等穴后，患者病情有控制，作者观察了患者治疗前后的眼压、视力的变化，经统计学处理有非常显著差异（$p<0.001$）同时比较了治疗前后的血液物化测定结果，也有明显差异，统计学结果（$p<0.001\sim0.01$），在观察针灸治疗青光眼获得近期效果的基础上，作者又以眼压和视力为2项基本观察指标，作了半年、一年、一年半及二年的远期随访观察，发现均有稳定的疗效。

黄叔仁等针刺治疗青光眼46例，取穴：行间。操作方法：强刺激手法，结果：针刺后有36例的眼压下降、有效率达78.26%，降眼压时间平均为7～41小时，平均下降眼压数为12.15毫米汞柱。认为针刺行间可暂时调节眼压的代偿机能，并与三阴交相比较疗效优于三阴交，如经奴佛卡因封闭后，针刺效应可阻断，对降眼压无效。中医杂志（8）1963。

评述

本病临床常被其他眼病所掩盖而造成漏诊、误诊，故需注意。慢性单纯性青光眼的主要特征是眼压升高，故应密切注意观察眼压的变化，经针刺治疗后，一般眼压多有明显下降，但本病易受情志等因素影响，可致急性发作眼压升高，当眼压升高至45毫米汞柱以上时，在针刺的同时密切注意眼压的变化，如有眼压急剧上升则应在眼科的协同观察下考虑西药，匹罗卡品、毒扁豆碱、甘露醇等扩瞳，降眼压高渗剂，甚至行小梁切除手术。

吴泽森

十一　白内障

眼球晶状体混浊且影响正常视力者，称为白内障。按其原因，可分老年性、并发性、外伤性、代谢障碍性等数种。老年性，好发于45岁以后，常和眼球晶状体中水渗性蛋白质变性有关，并发性常与虹膜睫状体炎、视网膜脱离、青光眼、视网膜色素变性等有关，外伤性常以机械损伤、幅射伤及电击伤有关，代偿障碍性常与糖尿病的病程有关，不论是何种原因引起的白内障多不能自行消退，其疗效不够理想，即使手术后又可复发，古代将本病归属中医眼科圆翳内障，但也有冰翳、滑翳、浮翳等称呼，是一种慢性眼病。

病因病机

本病中医学认为，多因高年脏气亏损，精血不足，或脾土虚衰，清气不升以致目失血荣发为本病。

临床表现

早期自觉眼前有固定不动的黑点或如蝇飞蚊舞，或如隔轻烟薄雾，多先患一眼，继则两眼俱病，可随晶体混浊进展，视力障碍逐渐加重，最后可仅有光感。

辨证施治

1.肝肾亏损型：

主证：除眼部表现外，尚有眼球酸痛、头昏、视物不清、腰酸尿赤、耳鸣，舌红、少津，脉细数无力。

治则：补肝肾，养精血，祛内障。

处方：肝俞（＋）　肾俞（＋）　太溪（＋）　太冲（＋）　风池（－）　丝竹空（－）　瞳子窌（－）　合谷（－）

穴方简释：肝俞、肾俞、太溪、太冲，调补肝肾；风池、瞳子窌，属少阳经，与丝竹空同为治眼病的穴位，可疏导眼部经气；合谷，为治头面之疾的有效穴。故有补肝肾、益精血、祛障明目的作用。

操作方法：背俞穴向椎体45°斜刺，深1.0寸，隔日1次，12次为一疗程，每次30分钟。

2.脾土虚衰型：

主证：患眼视物不明、昏花，乏力，倦怠，纳少，失眠，便溏，苔薄、质淡无华，脉弱无力。

治则：健脾益气升清，祛障明目。

处方：脾俞（＋）　胃俞（＋）　百会（＋）　足三里（＋）　丰隆（＋）　合谷（＋）　光明（＋）

穴方简释：脾俞、胃俞，健脾和胃；百会、足三里、丰隆，健脾益气升清；合谷，

疏导阳明经气，更有光明一穴则可祛障明目。

操作方法：背俞穴针尖向椎体45°斜刺，每周3次，每次留针30分钟，12次为一疗程。

其他疗法

1.梅花针：①正光、风池、后颈部、心俞、肝俞、肾俞；②眼周、颞部、正光、风池、中脘、肝俞、肾俞、三阴交。每日1次，两组穴位交替进行，10次为一疗程。

2.压籽：①肾、肝、目$_1$、目$_2$；②睛明、攒竹、鱼腰、承泣、瞳子髎。用王不留行子埋穴法，每组穴为1周，两组穴位交替进行，嘱患者自行按摩，每日3次，每次10分钟。

经验选要

上海市耳针协作组，针刺治疗白内障80例。其中初发期8例，未成熟期50例，成熟期15例，过熟期2例，先天性5例。取穴：耳垂中央点。方法：平补平泻法，留针15～30分钟。隔日1次，10次为一疗程。结果：视力由0.1增加到0.4者7例，视力增加不到0.4者24例，增加到0.2者33例，无变化者16例。（《上海中医药杂志》（7）20，1962年）

中山医学院眼科医院新医科，穴位注射治疗白内障43例（80眼）。取穴：合谷、曲池、养老、足三里、足光明，均双侧，每天选用1穴（双侧），用维生素C100毫克，每穴注入1毫升，连续10天为一疗程。无特殊不适可连续注射3～5个疗程。结果：视力提高2行者40眼（50%），视力有改善但未提高达2行者19眼（23.7%），无效者21眼（26.3%），但查晶状体无变化。（《新医学》（8）414，1974年）

温建余，穴位注射治疗老年性白内障。方法：①取穴：足光明、足三里、三阴交、养老、曲池、内关、合谷，体弱气血虚者加肾俞、肝俞或血海，上述穴位均取双侧，每对穴位为一组。②药物配伍：第1、3疗程，当归注射液2毫升，维生素C500毫克，第2疗程维生素$B_1$50毫克，维生素B_{12}100毫克，当归注射液1毫升。③操作方法与疗程：每天取穴1组，用4毫升注射器套上7号针头，药水吸入针管，然后刺入选定穴位（进针深浅依穴位而定，养老穴取斜刺）寻找针感，待针感后快速注入药液，每穴1.5毫升，7天为一疗程，休息5～7天，继续下一疗程。疗效观察：注射最少者一个疗程，最多者四个疗程。（《中国针灸》（2）36，1986年）

评述

针刺疗法，对白内障的早、中期有效，经过较长期的针刺治疗后，可稳定或延缓晶体进一步混浊，对提高患眼的视力有帮助，当白内障处于晚期成熟阶段则宜手术治疗。

吴泽森

第十三章　耳鼻喉科

耳、鼻、喉、口齿（包括唇、舌），是分布在头面部专司听、嗅、味觉以及其他功能的重要器官。根据中医学理论，这些器官的生理与病理各与不同的脏腑、经络密切有关。由于这些器官的组织结构和生理功能各有特点，即使病因相同，但因发病部位不同，其病机与临床表现也各有不同，辨证时也应区别对待。

耳、鼻、喉、口齿科疾病种类繁多，其致病因素基本上可简分为外感与内伤两大类。针灸虽不能治疗所有的耳鼻喉口齿科病，但对其中某些病症也能获得与药物治疗相似的疗效。因此，掌握其证治要点同样十分重要。辨证论治时，既要重视局部，更不可忽视整体。耳鼻喉口齿与内脏相应，各有经络所系。总的来说，辨证应以虚实为纲，凡是新病、病势暴急、红肿、焮痛、分泌物浓而秽臭者，多为实证、热证。实、热证所见的风热或风寒证，当清热解表或祛寒解表；邪毒内陷证，当泄热解毒；热毒壅盛，血瘀成脓证，当破瘀排脓；气滞血瘀证，当理气通经、活血化瘀；痰火上壅证，当清火豁痰宣窍。久病、病势缓慢、红肿甚微、疼痛时轻时重、分泌物清稀无味者，多为虚寒证，虚、寒证所见肝肾两亏证，治当补益肝肾；脾胃虚弱证，当健脾益气；肺气不足证，当补肺健脾；脾虚湿困证，当健运逐湿；胃腑热盛证，当利膈通便佐以清热解毒；心阴不足心火上炎证，当补阴降火。

耳为肾窍，手足阳明和手厥阴经分布于耳；鼻为肺窍，手足阳明、太阳均分布于鼻；口为脾窍，手足阳明以及冲任之脉分布于口；舌为心窍，手足少阴、足太阴、厥阴，手少阳、足太阳诸脉均与舌有联系；咽喉为经气之门户，手足阳明、厥阴、足少阳，手太阳以及任、督、冲等脉均分布于咽喉。掌握经络与这些器官的关系，可作为选穴施治的依据。

黄羡明

第一节　耳病

一　耳鸣、耳聋

耳鸣，是指病人自觉耳内鸣响、妨碍听觉及听觉功能紊乱的一种症状。耳聋是指不

同程度的听力减退，轻者耳失聪明，听而不真，称为重听，重则全然不闻外声，则为全聋。

耳鸣因自觉耳内有声，常由此妨碍听觉，故耳鸣耳聋两症往往同时存在。

耳鸣，中医又称聊秋。耳聋，根据不同的病因病理可分为劳聋、风聋、虚聋、毒聋、火聋、厥聋、暴聋、卒聋、久聋、气聋、湿聋、阴聋、阳聋等多种。

病因病机

中医认为，耳鸣耳聋有虚实两种。虚者，多为肾气亏损和脾胃虚弱；实者，多为肝火上扰或痰火郁结。

1.痰火郁结：过食醇酒厚味，脾胃受伤，聚湿成痰，痰火上壅，阻塞气道而成耳鸣、耳聋之症。

2.肝火上扰：暴怒伤肝，肝气郁结而上逆，阻塞清窍或情志郁结，郁而化火，上扰清窍，均可见耳鸣、耳聋。

3.肾气亏损：素体不足或病后精血衰少，或恣情纵欲肾精耗伤，均可引起本病。

4.脾胃虚弱：饮食劳倦或过食寒凉，损伤脾胃，使脾胃虚弱，气血生化之源不足，经脉空虚，不能上奉于耳，或脾阳不振，清气不升，亦能导致本病。

临床表现

耳鸣，主要表现为自觉耳中鸣响；耳聋，可根据听力检查、判断其性质和程度。在用任内氏试验检查时（气导骨导比较试验），传导性耳聋为气导＜骨导，神经性耳聋为骨导＜气导。在用韦伯尔氏试验检查时（骨导偏向试验），传导性耳聋声音偏向患耳，神经性耳聋声音偏向健耳。

耳聋可分为四度：

〇度：听力正常，日常听话无困难，纯音听力损失不超过10分贝。

Ⅰ度：轻度聋，远距离听话或听一般距离低声讲话感到困难，纯音听力损失10～30分贝。

Ⅱ度：中度聋，近距离听话感到困难，纯音听力损失30～60分贝。

Ⅲ度：重度聋，只能听到很大的声音，可听见在耳边喊叫的高声，纯音听力损失60～90分贝。

辨证施治

1.痰火郁结：

主证：两耳蝉鸣不断，有时闭塞如聋，听音不清，头昏头重，胸闷脘满，咳嗽痰多，口苦，二便不畅，舌红、苔黄腻，脉弦滑。

治则：清火化痰。

处方：翳风（－）　听宫（－）　行间（－）　丰隆（－）　内庭（－）（双）

穴方简释：翳风、听宫、行间，泄肝胆之火；丰隆、内庭，清热化痰，上下相合，远近相配，共起清火化痰的作用。

2.肝火上扰：

主证：耳鸣如闻潮声，或如风雷声，耳聋时轻时重，每于郁怒之后，耳鸣耳聋突发加重，兼有耳胀耳痛感，或有头痛、眩晕、面红目赤、口苦咽干或夜寐不宁、烦躁不安，或有肋痛、大便秘结、小便黄，舌红、苔黄，脉弦数有力。

治则：清肝泄热。

处方：耳门（－） 听会（－） 翳风（－） 太冲（－） 行间（－） 中渚（－）

穴方简释：耳门、翳风、中渚，属三焦经；听会，属胆经手足少阳。均循行于耳部，针刺四穴可疏通手足少阳之经气以开其闭。肝胆火盛，取太冲、行间，疏通肝胆之经气，起通上达下之作用。

3.肾精亏损：

主证：耳内常闻蝉鸣声，夜间较甚，以致虚烦失眠，听力渐差，兼见头晕目暗，腰膝酸软，遗精，食欲不振，舌红、少苔，脉细弱或细数。

治则：育阴潜阳。

处方：太冲（－） 肝俞（－） 肾俞（＋） 太溪（＋） 三阴交（＋）

穴方简释：取太冲、肝俞，以平肝阳；补肾俞、太溪，三阴交，以益肾养阴。

4.脾胃虚弱：

主证：耳鸣耳聋，劳而更甚，或在蹲下站起时较甚，耳内有突然空虚或发凉的感觉，倦怠乏力、纳少，食后腹胀，大便时溏，面色萎黄，唇舌淡红、苔薄白，脉虚弱。

治则：健脾益气升阳。

处方：中脘（＋） 脾俞（＋） 足三里（＋） 下关（＋） 百会（＋）

穴方简释：中脘、脾俞、下关、足三里，健脾和胃，百会升阳益气。

操作方法：针刺得气后，作提插捻转补泻法；四肢穴位可留针30分钟，耳部穴位不留针。

疗程：隔日治疗1次，10次为一个疗程。

其他疗法

1.耳针：取耳、内耳、肾、肝、神门，中等刺激，留针15～20分钟，10～15次为一个疗程。或用埋针法。

2.水针：取听宫、翳风、完骨、瘈脉等。3天一次，每次选用1穴，用5号口腔科针头注入维生素B_1、维生素B_{12}、654－2、复方盐酸普鲁卡因选其中1种，注射于耳穴内。每穴0.1～0.2毫升（普鲁卡因注射前要做皮试），10次为一个疗程。

3.头针：取晕听区，每天1次，10次为一疗程。

文献选录

上关、下关、四白、百会、颅息、翳风、耳门、颔厌、天窗、阳溪、关冲、液门、中渚主耳鸣聋。（《千金方》）

天容、听会、听宫、中渚主聋嘈嘈若蝉鸣，腕骨、阳谷、肩贞、窍阴、侠溪、商

阳、阳溪、络却前谷治耳鸣。（《资生经》）

上星二七壮，翳风七灸，听宫，肾俞，外关，偏历，合谷治耳聋。（《类经图翼·针灸要览》）

经验选要

上海第二军医大学耳聋治疗组对165例耳聋患者进行针刺治疗，选穴以耳门、听会、翳风为主，配以外关、中渚、合谷等。结果发现，针刺对暴发性耳聋有一定疗效，而对药物中毒性耳聋无效。

评述

耳鸣、耳聋，由多种原因引起，因此在治疗时还应治疗引起耳鸣、耳聋的病因。一般认为，针刺对神经性耳鸣、耳聋和暴发性耳聋有一定的疗效；而持久性的、药物引起的耳聋或先天性耳聋，或内耳器质性病变引起的耳聋，针刺效果较差。（《中华医学杂志》1981年11期，邓之诚）

胡国胜

二　中耳炎

中耳炎，是中耳的普通炎症性疾病，是一种常见病、多发病。一般分为急性和慢性两种，两者又可各分为非化脓性和化脓性两种，急性非化脓性中耳炎和急性化脓性中耳炎之间还可以出现过渡形式。

中医学历代文献中称本病为聤耳、耳疳、耳底子、耳痛、耳湿、耳中生毒等。还有以脓色命名的，如：出黄脓者，称为聤耳；出红脓者，称为风耳；出白脓者，称为缠耳；出青脓者，称为囊耳等。化脓性中耳炎，中医称为脓耳，多见于小儿，很容易由急性演变为慢性，每致听力损害，影响患者学习、工作及日常生活，甚至可以出现并发症，危及生命。急性非化脓性中耳炎多见于成人，儿童患者常未被注意而延误诊断，转为慢性非化脓性中耳炎，为儿童的常见致聋原因之一。

病因病机

本证中医认为有虚实两种。实证，多为胆火上炎，毒火侵耳或肝胆火盛，邪热内侵。虚证，多由脾虚湿困，停聚耳窍或肾元亏损，邪毒停聚所致。实证多属急性，虚证或虚实兼杂，多属流脓日久的慢性。

1.**胆火上炎，毒火侵耳**：胆肝之火炽盛，上扰耳窍，以致耳膜受损，耳窍不通，发为本病。

2.**肝胆内盛，邪热内侵**：内蕴湿热，外受风邪，内外邪热困结耳窍，蒸灼肌膜而成此证。

3.**脾虚湿困，停聚耳窍**：正气素弱或久病体虚，正气不胜邪毒，邪毒滞留，兼以脾虚运化失健，水湿内生，泛溢耳窍，致生此病。

4.肾元亏损，邪毒停聚：先天不足或劳伤肾精，以致肾气亏损，耳窍不健，邪毒易于滞留而引起本病。

临床表现

中耳炎根据不同的类型、阶段和病程，可有不同的临床表现。

1.急性非化脓性中耳炎：以耳闷、耳聋为主，伴有耳痛、耳鸣，重者可出现眩晕。耳闷在呵欠、喷嚏或擤鼻时或改变头位时可有片刻好转。听力检查为传导性耳聋，鼓膜检查为鼓膜内陷、鼓室积液。

2.慢性非化脓性中耳炎：有传导性耳聋，重者有时可出现混合性耳聋，鼓膜内陷甚为显著，积液粘稠，常须切开鼓膜吸净积液后听力方得改进。

3.急性化脓性中耳炎：其临床表现可分为三期。

（1）初期：有耳痛，听力减退，鼓膜表面标志消失和全身不适，发热等症。

（2）化脓期：有耳部钻痛和刺痛，听力随病变加剧而明显减退，常伴有耳鸣，鼓膜弥漫充血，膨隆外凸，发热持续不退。一旦鼓膜穿孔流脓，耳痛减轻，体温下降，全身情况大为改善。

（3）恢复期：引流通畅或感染已得到控制者，中耳粘膜肿胀逐渐消退，脓性分泌物转变为粘液性，穿孔有可能自引愈合，反之，则产生变证或转为慢性。

4.慢性化脓性中耳炎：可分为三型。

（1）单纯型：此型最为常见，组织破坏较轻，病变主要在鼓室粘膜。

（2）骨疡型：组织破坏较广泛，可累及骨质及听骨。

（3）胆脂瘤型：是一种囊性结构，一经形成，即可导致组织破坏而引起并发症。

辨证施治

1.胆火上炎，毒火侵耳：

主证：多起于咽鼓管急性阻塞或在此基础上加上感染的因素，起病急，以耳闷、耳痛为主证，伴有耳鸣和耳聋、头痛、口干，小便黄赤，便秘，烦躁易怒，舌红、苔黄，脉弦数等。

治则：泻火行气通窍。

处方：翳风（－）　听宫（－）　听会（－）　下关（－）　行间（－）　阳陵泉（－）

穴方简释：翳风、听宫、听会、下关，为耳旁诸穴，刺此以疏通耳部经气；行间，为足厥阴经荥穴；阳陵泉，为足少阳经合穴。均有清泄肝胆实火之功。

2.肝胆火盛，邪热内侵：

主证：起病较急，耳内疼痛，并见耳鸣、听力障碍、耳内胀闷感，耳痛逐渐加重，或如跳痛或如锥刺，疼痛牵连至头部，常于剧痛之后，耳膜穿孔，流出脓液，耳痛及其他症状也随之减缓。全身有发热恶寒，头痛，鼻塞流涕等症，或见口苦咽干，小便黄赤，大便秘结，舌红、苔黄，脉弦数。小儿患者的症状，一般比成人为重，多见高热，哭啼烦躁不安，甚至出现神昏、抽搐，项强等症。

治则：疏风清热通窍。

处方：听宫（－）　听会（－）　耳门（－）　外关（－）　曲池（－）　合谷（－）　阳陵泉（－）　侠溪（－）

穴方简释：听宫、听会、耳门，通络开窍；外关、曲池、合谷，清热解毒，阳陵泉、侠溪，泻肝胆实火。共奏疏风清热开窍之功。

操作方法：每次 2～3 穴，针用泻法，中强刺激，耳周穴位不留针，四肢穴位留针20分钟。

3.脾虚湿困，停聚耳窍：

主证：耳内流脓，经年累月，时轻时重，缠绵日久，局部检查多见耳膜中央大穿孔，耳道积脓较多，脓质清稀，甚如水样，无明显臭味。听力检查呈传导性耳聋，全身症状可见头晕头重、倦怠乏力、纳少腹胀、大便时溏、面色萎黄无华，唇舌淡白、苔白腻而润，脉缓细弱等症。

治则：健脾渗湿，补托排脓。

处方：翳风（－）　足三里（＋）　阴陵泉（－）（双）　气海（＋）

穴方简释：本方以足三里，气海，阴陵泉健脾化湿为主，翳风通络开窍为辅，并可加灸。

4.肾元亏损，邪毒停聚：

主证：耳内流脓，日久不愈，或时流时止，止而复流，脓量不甚多，或污秽或成块状或如豆腐渣样，并有臭味，听力减退多较明显。听力检查多呈混合性耳聋。乳突部X线摄片多示骨质破坏或胆脂瘤形成。全身可见头晕神疲，腰膝酸软，遗精早泄，带下，舌淡胖，苔薄白，脉细弱等症。

治则：补肾培元，去湿化浊。

处方：翳风（－）　听会（－）　肾俞（＋）　足三里（＋）　太溪（＋）（双）　关元（＋）

穴方简释：本方以肾俞、足三里、关元、太溪，培肾固本，调补肾气，去湿化浊为主，辅以翳风，听会疏经通窍，并可加行灸法。

其他疗法

1.耳针：取肾、内耳、内分泌、枕、外耳，针用泻法，中等刺激，留针20～30分钟。

2.理疗：红外线及短波或超短波，微波局部照射，有利于脓液的吸收。

文献选录

聤耳脓出：上关，日三壮至二百壮。（《千金方》）

聤耳生疮，出脓水：翳风，合谷，耳门，复刺后穴：听会，三里。（《针灸大成》）

聤耳：听宫，颊车，合谷。（《类经图翼》）

耳聋气闭痛难言，须刺翳风穴始痊。（《玉龙歌》）

经验选要

谢启瑞，用灸法治疗急、慢性化脓性中耳炎402例，其中2例为合并有乳突胆脂瘤的慢性化脓性中耳炎及 2 例合并有慢性乳突炎的慢性化脓性中耳炎。

取翳风穴，以艾卷之燃端在距离穴位皮肤约 1 寸的高度进行熏灸，一般以灸至局部皮肤红润、有灼热感即止。

施灸前先用消毒棉签拭清外耳道脓液，滴入双氧水洗濯，再用消毒棉签擦拭外耳道，然后艾灸，灸毕放引流条利于排脓。每次灸约 1 分钟，灸治次数最少 1 次，最多 5 次，除四例有兼症的慢性化脓性中耳炎外，其余398例均获痊愈，除 4 例因眼泪流入耳内又发急性化脓性中耳炎外，未见有复发者。（1962年）

评述

急性非化脓性中耳炎，中医辨证多属胆火上炎，火毒侵耳的实热之证；急性化脓性中耳炎多属肝胆火盛，邪热内侵的实热之证，治疗原则多以清热泻火疏风，行气通窍为主。慢性非化脓性中耳炎和慢性化脓性中耳炎均属虚证，其中慢性化脓性中耳炎中的单纯型，中医辨证多属脾虚湿困，停聚耳窍；骨疡型和胆脂瘤型多属肾元亏损，邪毒停聚；治则多以健脾补肾，去湿化浊为主。

本病多由于急、慢性上呼吸道感染引起，应积极治疗原发病证，维持咽鼓管正常的通气和排痰功能。有鼓膜穿孔的病人，不宜游泳或入水前做好防护工作，有些患者在吃某类食物后耳部流脓增多，要适当注意。

要积极做好本病的防治工作，初起者要及早彻底治疗，用各种方法进行综合治疗，以免迁延日久，演变成慢性或发生严重的并发症。

周刚

三　聋哑

聋哑，系先天因素或婴幼儿时期各种原因使双耳发生重度耳聋以至全聋，患者无法学习言语或巩固而发展已掌握的言语所造成的既聋又哑状态。它是患者在学语前或学语时曾患有引起严重耳聋的疾病，除少数有先天性中耳畸形和重度中耳乳突炎成分者外，一般都失去针对其病因的治疗机会，而听觉器官功能的缺失又直接影响到言语会话器官和言语中枢的功能，妨碍了患者获得语言，因聋而致哑，这是一般的聋哑形成过程。所以中医学早就有“十聋九哑”的说法。

病因病机

1.先天性耳聋：胚胎发育期因中毒、传染病等引起听觉器官发育不全，内耳或听神经及其中枢部分异常，前庭功能一般都正常。与家族有一定关系，多数为全聋哑。

2.传染病性耳聋：听神经损害，内耳病变（迷路炎等）并发中耳炎，为传染病的一种后遗症或并发症，儿童患者因聋而哑。如麻疹、流脑、伤寒等。

3.中耳炎性耳聋：鼓膜穿孔，听小骨粘连或破坏，传导性耳聋，听力减退或半聋哑，很少全聋。

4.药物性耳聋：某些药物如链霉素、奎宁等中毒引起。

5.外伤或长期噪声刺激而致耳聋，儿童患者会因聋致哑。

中医学认为，本证多由急性热病所引起，热病之后损及肝胆二经，致使经气瘀阻所致耳聋，有聋必哑。

临床表现

主证：听力丧失，不会说话。

1.根据发生时间，可分为先天性和获得性二种：先天性，生来即聋；后天性（获得性），出生时听力正常，由于疾病或某些意外而失去听觉功能。

2.根据听力学，可分为聋人和重听二种：聋人，听觉损失严重，在日常生活中已不起作用；重听，听觉损失稍轻，对大声讲话或助听器能起反应。

3.根据听力障碍程度，可分为全聋和半聋哑二种：全聋，即为聋人；半聋哑，在脑后3尺内有声响反应，能发较清楚的单音。

听力检查一般利用说话、音叉及电测听法进行。

辨证施治

治则：通络开窍，以治聋为主，先治聋，后治哑。

1.先天性聋哑：

处方：耳门（－）　翳风（－）　哑门（－）　中渚（－）　外关（－）

酌情选配翳明（－）、曲池（－）、百会（＋）、人中（－）、脊三穴（智力较差者）。

穴方简释：手足少阳经，绕行于耳部，故取耳门、翳风、中渚、外关，以疏通少阳经气；哑门，为督脉与阳维之会，有通窍清神之功，善治舌强不语。

操作方法：每日1次，耳区穴位刺激先弱后强，耳门向听宫、听会斜下刺2～3寸，中渚、外关交替使用。每次选1～2个备用穴，中强刺激。

2.传染病性耳聋：

处方：耳门（－）　下关（－）

穴方简释：下关为足阳明，足少阳之会，有通窍作用。

操作方法：下关直刺后退针至皮下，向后斜刺透听宫进针1.5～2.5寸，耳门向下方斜透听宫，听会。

3.中耳炎性耳聋：

处方：耳门（－）　翳风（－）　中渚（－）　外关（－）　哑门（－）

操作方法：耳门透刺同前，上肢穴交替使用，中强刺激。

4.药物性聋哑：

处方：耳门（－）　翳明（－）　中渚（－）　外关（－）　听会(－)　瘈脉(－)　陵下（－）　四渎（－）（双）　哑门（－）

操作方法：耳门透刺同前，听会向内上方斜刺，其余穴位交替使用，中刺激。

5.外伤性聋哑：

处方：耳门（－）　中渚（－）（双）　哑门（－）

酌情选配下关（－）、翳风（－）、廉泉（－）。

穴方简释：哑门、廉泉为任脉与阴维之会，有利舌本，治瘖哑之功。

操作方法：两组交替使用，耳门、下关透刺同前，翳风向对侧太阳方向深刺2寸许，外耳道底部有酸胀感。哑门针尖偏下，廉泉针尖舌本。

其他疗法

1.皮内针：取瘈脉、翳风、翳明、听会、听宫，每日选1～2穴，耳后穴一般埋24小时；耳前穴可埋12小时。

2.水针：以手足少阳经穴为主，①用维生素B_1或当归注射液，每穴注入0.5～1毫升，隔日1次。②654-2每穴5毫克，维生素B_{12}0.5毫克，（每穴0.5毫升），每日1组，交替使用。

文献选录

瘖不能言，合谷，涌泉，阳交主之。（《甲乙经》）

舌缓，瘖不能言，刺哑门。（《甲乙经》）

耳聋气闭，全凭听会，翳风。（《百证赋》）

耳聋气否听会针，迎香穴泻功如神。（《席弘赋》）

经验选要

针刺治疗聋哑301例，常用穴取耳门，翳风，听会，听宫，瘈脉，百会；配以合谷，中渚；备用穴取哑门，廉泉、常用穴每次必用，配穴轮番使用，备用穴视情况酌加。结果发现，一般年龄小的，病程短的疗效较高。（《针灸临床经验辑要》）

评述

引起聋哑的原因有多种多样。聋哑不是一种进行着的"现行"疾病，而是患者在学语前或学语时曾患有引起严重耳聋的疾病，影响了患者获得语言，发音器官得不到训练而因聋致哑。针刺治疗聋哑，对有残余听力的效果好，全聋哑的效果较差。聋哑病在听力稍有恢复时，即应加强语言训练，做到治训结合。

通过实验研究认为针刺治疗聋哑的机理可能是：

1.提高大脑皮层对声音信息的感受和分析能力，提高大脑听中枢的兴奋性，使残余听力得到充分利用。

2.使内耳毛细血管壁渗透性增高，或提高了内耳微循环的功能，促进了血液与迷路淋巴之间的物质交换，有利于内耳病理过程的好转。（上海针刺治疗聋哑协作组）

周刚

第二节　鼻腔疾病

一　鼻窦炎

鼻窦炎，是一种鼻窦粘膜因感染而产生炎症的常见病，分急性、慢性两类，以慢性者较多。急性鼻窦炎，多发生在一个鼻窦；慢性鼻窦炎则可累及两个以上，甚至一侧或两侧所有的鼻窦。

急性鼻窦炎，多为急性鼻炎的并发症。在急性鼻炎阶段，窦内粘膜亦有相似的病变。急性鼻炎发病2周后，鼻阻塞和粘脓性鼻溢液无缓解反而加重，伴有头痛或面痛，则可能并发急性鼻窦炎，其发生与全身和局部的抵抗力降低有关。由于外伤、骨折、异物入侵或游泳方法不当引起的鼻窦炎较少。

慢性鼻窦炎，在青少年中相当多见，其发病与鼻窦的通气不良和引流不畅有关。患者无明显头痛，鼻阻塞的症状亦不显著，长期大量鼻溢液是其特征。鼻分泌物呈粘液脓性或脓性，如呈单纯粘液性或胶冻样，提示有变态反应的性质。

鼻窦炎的产生与机体健康状况关系密切。临床上，上颌窦炎发病率最高，筛窦炎次之，额窦炎又次之，单独的蝶窦炎则最少。急性鼻窦炎时，粘脓性鼻溢液的排出量与时间、体位有关，一般以午前为重、午后减轻，这种规律性在额窦炎尤为明显。慢性鼻窦炎较急性者多见，绝大多数属混合感染。据国内报告，致病菌以流感杆菌及链球菌为多见。鼻窦炎病人也是一带菌者，尤其在急性发作期间，具有一定传染性。

鼻窦炎中医称之"鼻渊"，因鼻窍涕流不止，犹如水泉之故。《素问·气厥论篇》说："鼻渊者，浊涕下不止也。"民间又有脑漏、脑渗、控脑砂、历脑等俗称，鼻之上为頞，頞之上为脑，涕从上向下流出，故名。

病因病机

现代医学认为，鼻窦炎皆因局部或全身的感染所致，飞行、潜水时气压调节不良，大气压骤变也可引起鼻窦孔闭塞，粘膜充血、水肿或感染。其中慢性鼻窦炎多由急性鼻窦炎反复发作，粘膜机能未获完全恢复所致。常见致病菌有流感杆菌、肺炎双球菌、白色和金色葡萄球菌、链球菌、肺炎杆菌、脑膜炎双球菌、卡他球菌、假白喉杆菌及麴菌属等。近年来由于抗生素的广泛使用，大肠杆菌和绿脓杆菌感染渐多。其病理皆可分为两期，即急、慢性卡他性鼻窦炎和急、慢性化脓性鼻窦炎。

中医学认为，鼻渊与肺、脾、胆三脏的病理变化有关，急性鼻窦炎属实证而慢性鼻窦炎为虚证，亦有虚实夹杂为病的。

1.实证：

（1）肺经风热。肺主皮毛、开窍于鼻，若风热邪毒袭表犯肺，或风寒侵袭、郁而化热，风热壅遏肺经，肺失清肃，致使邪毒循经上犯，结滞鼻窍，灼伤鼻窦肌膜而致病。

（2）胆腑郁热。胆为刚脏，内寄相火，其气通脑，若情志不畅、喜怒失节、胆失疏

泄、气郁化火，胆火循经上犯，移热于脑，伤及鼻窦，燔灼气血，腐灼肌膜，热炼津液而为涕。或邪热犯胆，胆经热盛，上蒸于脑，迫津下渗而为病。

（3）脾胃湿热。脾胃之为表里，胃脉循于鼻侧，若素嗜酒醴肥甘之物、湿热内生、郁困脾胃、运化失常，则清气不升，浊阴不降，湿热邪毒循经上蒸，停聚窦内，灼损窦内肌膜而致。

2.虚证：

（1）肺气虚寒。久病体弱，病后失养，肺脏虚损，肺气不足，卫阳虚弱，则易为邪毒所犯，且因正虚，清肃不力，邪毒易于滞留，上结鼻窍，凝聚于鼻窦，伤蚀肌膜而为病。

（2）脾气虚弱。饮食不节，劳倦过度，思虑郁结，损伤脾胃，致使脾胃虚弱，运化失健，气血精微生化不足，清阳不升，鼻窍失于气血之养，邪毒久困，肌膜败坏，而成浊涕，形成鼻渊。或因脾虚生湿，湿浊上注，困结鼻窍，浸淫鼻窦，腐蚀肌膜而为病。

临床表现

1.急性鼻窦炎：症状轻重不一，儿童较重，成人较轻。似急性鼻炎，但较严重，局部症状多限于一侧鼻腔。常见症状有：周身不适，精神不振或烦躁、畏寒、发热、头痛、鼻塞，嗅觉障碍和鼻窦区压痛、发胀及疼痛。分泌为粘液脓性，量多，有时有臭味。症状皆以急性额窦炎和牙源性上颌窦炎时较急剧。

鼻镜检查可见鼻腔粘膜充血肿胀，并有脓性分泌和潴留。

2.慢性鼻窦炎：少数病人可能无明显自觉症状，但通常多有头晕、食欲不振、易倦、记忆力减退、失眠或精神抑郁等全身症状。局部症状有鼻塞、流脓涕、嗅觉障碍、局部疼痛和头痛等。脓液经常流入鼻腔，可发生慢性鼻炎症状或引起急性鼻炎的发作。

鼻前镜检查可见有脓液，鼻腔上部见有多发性息肉，筛泡肿大，中鼻甲水肿、肥大或呈息肉样变以及中鼻道内息肉等变化；下鼻甲萎缩而中鼻甲反明显水肿、肥大。

辨证施治

1.实证：

（1）肺经热盛：

主证：涕黄量多，间歇或持续鼻塞，嗅觉差，鼻粘膜红肿多为病初起，邪尚在表。伴有头痛发热、胸闷、咳嗽痰多，舌质红、苔白或微黄，脉浮数。

治则：宣肺清热，疏风通窍。

处方：迎香（－）　通天（－）　攒竹（－）　太阳（－）（双）　上星（－）

酌情选配合谷（－）、列缺（－）（双）、风府（－）。

方义简释：迎香，位在鼻旁，属手阳明，刺此以调手阳明经气，清泄肺热、宣通鼻窍；通天，为足太阳之穴，能泄表卫之邪；攒竹，同为足太阳经穴，其脉起于鼻，上循频上，刺此以宣窍兼治头痛。合谷，为手阳明之原穴，可调手阳明经气；风府，祛风；列缺，为肺之原，可宣肺气，祛风邪。

操作方法：每次选2～5穴，施泻法，留针10～20分钟。隔天1次，10次为一疗程。

（2）胆经郁热：

主证：涕少、黄浊粘稠如脓样、有臭味，鼻塞重，嗅觉差，鼻粘膜红赤。全身症见头痛较剧，口苦咽干，耳鸣目眩，耳聋，寐少梦多，烦躁易怒，舌红、苔黄，脉弦数。

治则：利胆疏肝，泄热通窍。

处方：迎香（－） 上星（－） 头临泣（－） 风池（－）

酌情选配风池、行间、中渚。

方义简释：风池为足少阳胆经之穴，可泄胆经之火；行间为肝经荥穴，刺之疏肝平阳；中渚为少阳之焦经穴，其经与胆相表里，同可利胆以泄三焦相火。

操作方法：每次选2～5穴，施泻法，得气后留针10～20分钟。隔天1次，10次为一疗程。

（3）脾经湿热：

主证：涕黄浊而量多、涓涓流出，鼻塞重而持续，嗅觉消失，鼻腔由红肿并有胀痛，伴见头重头痛，头晕体倦，脘胁胀闷，纳呆溲黄，舌质红、苔黄腻，脉濡或滑数。

治则：理脾清热，祛湿通窍。

处方：迎香（－） 通天（－） 上星（－） 攒竹（－） 足三里（－） 公孙（－）（双）

方义简释：足三里为胃经合穴，刺之以调脾胃经气；公孙属脾经原穴，刺之以利湿。

操作方法：每次选2～4穴，施以泻法，得气后留针10～15分钟。隔天1次，10次为一疗程。

以上各证，遇头痛、头晕，加太阳、风池；眉棱胀痛，加印堂、攒竹；发热，加大椎、曲池；鼻塞重，加素髎（－）。

2.虚证：

（1）肺气虚寒：

主证：涕白粘，鼻塞或轻或重，嗅觉减退，鼻粘膜淡红，鼻甲肥大。遇风冷等刺激，鼻塞及流涕加重。全身可见头晕，形寒肢冷，气短乏力，咳嗽有痰，舌淡、苔薄白，脉缓弱。

治则：温补肺气，舒风散寒。

处方：迎香（－） 百会（＋） 上星 （＋） 合谷（＋） 肺俞（＋）

方义简释：肺俞，为肺脏之背俞穴，刺之以调肺之功能。

操作方法：每次选2～6穴，施以温补针法，得气留针10～25分钟。隔天1次，10次为一疗程。

（2）脾气虚弱：

主证：涕白粘稠或黄稠，量较多而无臭味，鼻塞较重，嗅觉减退，鼻内粘膜淡红或红，肿胀较甚。全身可见肢困乏力，面色萎黄，食少腹胀，便溏溲清，舌淡、苔白润，脉缓弱。

治则：补脾益气，扶正通窍。

处方：迎香（－） 通天（－） 百会（＋） 足三里（＋） 脾俞（＋） 胃俞

（＋） 阴陵泉（＋）（双）

方义简释：足三里，为胃经合穴，与脾经相配以补脾益胃脾俞，为脾之俞穴，内应脾脏，刺之以补脾气。

操作方法：每次选2～6穴，施温补手法。留针10～25分钟。隔天1次，10次为一疗程。足三里、脾俞、胃俞，可用温针。

其他疗法

1.艾灸：取囟会、前顶、迎香、上星等穴，悬灸至患者觉灼热、皮肤潮红。

2.水针：取肺俞，用消毒注射器，进针3～5分，注入鱼腥草注射液0.5毫升，可双侧穴位注射，隔天1次。也可取印堂、迎香，用5%葡萄糖注射液或维生素B_{12}注射液，每次每穴注入0.5毫升，隔日1次。

3.耳针：取外鼻、内鼻、肾上腺、肺、平喘、内分泌、额，中强度刺激，留针15～20分钟，10～15次为一疗程。或埋揿针，2～3天换针。

4.刺淋巴腺：取颌下颈淋巴结作穴，依法注射林格氏液。

5.超声波：疼痛是治疗指征，采用皮肤途径，以4厘米高的水柱作传导。照射头直径1厘米。炎症以小剂量为有效，不超过0.7瓦/厘米^2，每次10分钟。

6.短波透热：电透热法、局部热敷法、红外线照射法，也可应用。脓液过多，引流不畅者慎用。

文献选录

鼻涕多：宜灸囟会、前顶、迎香。（《针灸资生经》）

鼻流清浊涕：灸上星二壮。又取人中、风府，不愈又取百会、风池、风门、大杼。（《医学纲目》）

鼻渊：上星、曲差、印堂、风门、合谷。（《类经图翼·针灸要览》）

鼻渊、鼻痔：上星、风府。未效时复刺禾髎、风池、人中、百劳、风门。（《针灸大成》）

经验选要

黄振芳氏报导，取百会、阳白、颧髎、太冲、血海、三阴交穴治疗急性鼻窦炎，10次为一疗程，绝大多数病人在治疗后的第3天症状有所减轻。治愈率达89.5%。并且认为，针刺在临床上有增强免疫功能的作用，特别适合于治疗变态反应、过敏以及药物治疗不愈的病人。（针刺治疗急性鼻窦炎 湖南中医学院学报 1982年）

宿享禄氏，深刺迎香穴治疗慢性鼻窦炎10例，进针达下鼻甲前上端，约1～1.5寸，留针40分钟，每日针刺1次，8例痊愈。（深刺迎香穴治疗慢性鼻窦炎10例 中国针灸 4(5) 1984年）

艾享贻氏报导，取合谷、内关、足三里、内庭穴，进针后，将电针仪器正极连接四肢各穴位，一负极置第1、第2颈椎间（或取双侧风池穴），使用密波，频率为280～320次/分，每次治疗1～1.5小时。经观察病例41人，痊愈32人，好转8人，有效率达

97.56%。症状好转后可持续1～2疗程，以巩固疗效。（电针治疗副鼻窦炎41例疗效观察　上海针灸杂志　1985年2期）

用皮下针治疗急性额窦炎40例，1～3次症状消失者35例，减轻者4例，仅1例无效。经观察，认为本法对于急性额窦炎引起的“眉棱骨”部剧痛有显著效果。（田从豁：针灸医学验集　651页　科学技术文献出版社　1985年）

评述

1.针刺对本病治疗有效，必要时，可辨证辅以中药治疗。

2.慢性鼻窦炎患者，可施以艾灸治疗。

3.患者要加强锻炼，增强体质，平时注意防寒保暖，以防诱发鼻窦炎。

4.鼻窦炎患者，尤其在急性发作期间，应注意公共卫生，防止传染。

曹汉彪

二　鼻出血（鼻衄）

鼻出血，也许是最常见的病理性出血，亦为耳鼻咽喉科常见的急诊之一。但鼻出血并不是一种独立的病，只是许多疾病的共同症状。鼻出血多发生于鼻中隔软骨部前下区，少数发生于鼻腔后部、鼻甲前端或其他部位。其可能由鼻病引起，亦可由全身疾病所引起。此症的出现，有时具有特殊性，有时又不具有特殊性，可发生于任何年龄，以15～25岁和45～65岁两个年龄组发病率较高，婴幼儿较少见。男性和女性的发病率无明显差异。

本病属中医鼻衄证范畴。古人根据病因症状不同而各有命名。如《诸病源候论》有伤寒鼻衄、热病鼻衄、温病鼻衄、虚劳鼻衄等，《三因极一方病论》有五脏衄、酒食衄、折伤衄等。伤寒太阳病的“红汗”、妇科病的“经行衄血”（或称倒经）及《六科准绳》的“蠛血”也都属于鼻衄的范围。其重者，又称鼻洪或鼻大衄。除金刃外伤所致者外，其余皆为脏腑功能失调而致。

病因病机

引起鼻出血的病因有局部和全身两方面，有时二者兼有。外伤、异物、炎症、肿瘤、血液病、血管病、动静脉血压增高、化学物或药物中毒、气压和湿度的异常、内分泌紊乱等皆可诱发出血。但鼻出血往往是自发性的，而无法找到明显的原因。

中医认为，鼻衄的产生是各种原因引起鼻部阳络损伤的结果。《灵枢·百病始生》篇说：“阳络伤则血外溢，血外溢则衄血。”临床上，鼻衄与肺、脾、肝、胃、肾关系较密切，分述如下：

1.肺经热盛：外感风热或燥热之邪首先犯肺，邪热循经，上壅鼻窍，热伤脉络，血液妄行，溢于鼻中，故为鼻衄。《外科正宗》卷四说：“鼻中出血，乃肺经火旺，迫血妄行，而从鼻窍出。”

2.胃热炽盛：胃经素有积热，或因暴饮烈酒，过食辛燥，以致胃热炽盛，火热内燔，

循经上炎，损伤鼻中阳络，血随热涌，妄行于脉外而为鼻衄。《寿世保元》卷四说："衄血者，鼻中出血也。阳热拂郁，致动胃经，胃火上烈，则血妄行，故衄也。"《三因极一病证方论》卷九也说："病者饮酒过多，及啖炙煿五辛热食，动于血，血随气溢，发为鼻衄，名酒食衄。"

3.肝火上逆：情志不遂，肝气郁结，久郁化火；或暴怒伤肝，肝火上逆，血随火动，蒸迫鼻窍，脉络受损，血液外溢，发为鼻衄。《疡科心得集》说："有因七情所伤，内动其血，随气上溢而致。"

4.肝肾阴虚：房劳过度，耗伤肾精，或久病伤阴，肝肾不足，水不涵木，肝不藏血，虚火上炎，血液升腾，溢于清窍而为鼻衄。《证因脉治》卷二说："或房劳伤肾，阴精不足，水中火发；或恼怒伤肝，肝火易动，阴血随火上升，错经妄越，则内伤衄血之症作矣。"《景岳全书》卷三十也说："衄血虽多由火，而惟于阴虚者为多，正以劳损伤阴，则水不制火，最能动冲任阴分之血。"

5.脾不统血：久病不愈，忧思劳倦，饮食不节，损伤脾气，脾气虚弱，统血失司，气不摄血，血不循经，脱离脉道，渗溢于鼻，而致鼻衄。

临床表现

血液从鼻前孔或鼻后孔或鼻前、后孔同时流出，亦可从一侧鼻腔经鼻咽流向另一侧。少量出血时仅鼻涕中带血，大量出血时可由两侧鼻孔同时涌出。若病人取卧位，则血液后流，大部被咽下，然后呕出或有时咯出，应与呕血或咯血相鉴别。严重失血者可出现不同程度的休克状态。反复一侧性鼻出血多由同侧局部原因引起。

用窥鼻器检查鼻腔局部情况，多半可发现出血点。有时不能发现出血点，粘膜呈弥漫性渗血，或干燥性鼻炎糜烂处出血。若出血猛烈无法详检时，应先填塞鼻腔止血，以后再行检查。若鼻前检查无何发现，必须用鼻咽镜检查鼻后孔和鼻咽部，或进行鼻窦X线摄片检查。全身性原因引起的鼻出血，多半为两侧性，必须作全身详细检查。实验检查，包括出血凝血时间、凝血酶原时间、血小板计数、血块收缩时间、尿常规检查等。必要时作骨髓穿刺。

辨证施治

鼻衄的辨证主要依据病情的缓急，出血量的多少，色泽的红淡以及全身其他症状。治疗上宜急治其标，先用外治法止其血，再辨证求因，配合内治法。

1.肺经热盛：

主证：鼻中出血、点滴而出、色鲜红、量不甚多，鼻腔干燥焮热感，兼有咳嗽痰少，口干身热，舌尖边红，苔薄白而干，脉浮数或数。

治则：疏风清热，降火止衄。

处方：风池（－）　迎香（－）　合谷（－）　上星（－）　鱼际（－）（双）

发热咳嗽，可加天府、尺泽穴。

方义简释：风池，可疏风散热；迎香，可散风热通鼻窍；手阳明与手太阴相为表里，又与足阳明经脉相接，故取合谷以清诸经之热而止血；督为阳脉之海，阳热迫血妄行，

故用上星清泻督脉，使亢势趋平；鱼际，为手太阴井穴，刺之可清肺降火。

操作方法：风池，针入1.5寸，一侧出血针患侧，两侧出血针双侧，施以凉泻法。迎香，针0.5寸；少商，针0.3寸，亦可点刺出血。合谷，用捻转泻法。每次留针20～30分钟，每天1次。

2.胃热炽盛：

主证：出血量多，血色鲜红或深红，鼻内干燥，口干口臭，烦渴引饮，大便燥结，小便短赤，舌质红、苔黄厚干，脉洪大而数。

治则：清胃降火，凉血止衄。

处方：迎香（－）　合谷（－）　内庭（－）

方义简释：内庭，为足阳明胃经之荥穴，刺之以清胃泄热、凉血止血；合谷也用于清阳明之热。

操作方法：冲阳、内庭，皆针入5分，施捻转泻法。每日1次，留针20～30分钟。

3.肝火上逆：

主证：鼻衄量多，血色深红，头痛头晕，口苦咽干，胸胁苦满，面红目赤，急躁易怒，舌质红、苔黄，脉弦数。

治则：清肝泻火，凉血止血。

处方：风池（－）　迎香（－）　太冲（－）　行间（－）　少商（－）

方义简释：太冲，为足厥阴肝经之原穴，刺之可以平肝潜阳、泻火止衄。行间，为肝之井穴，属木，刺出血，以之伐肝降逆。少商，为肺金之井穴，泻之亦可泄热。

操作方法：行间、太冲，针1寸。皆施以捻转泻法。少商，可用三棱针点刺出血。

4.肝肾阴虚：

主证：鼻衄色红，时作时止，量不多，口干少津，头晕目眩，耳鸣心悸，不寐，五心烦热，舌质嫩红或绛而少津、苔少、脉细数。

治则：滋养肝肾，降火止衄。

处方：风池（－）　迎香（－）　太溪（＋）　照海（＋）（双）

方义简释：太溪，为肾经之原穴，有滋水养阴清热之功。照海，同属肾经，亦有育阴之效。风池、迎香，以泄上窍之热。

操作方法：风池、迎香，施以泻法；太溪、照海，针入1寸，施以捻转补法。

5.脾不统血：

主证：鼻衄渗渗而出，色淡红，量或多或少，面色不华，神疲懒言，纳呆，舌淡、苔薄，脉缓弱。

治则：健脾益气，摄血止衄。

处方：风池（－）　迎香（－）　大椎（＋）　太白（＋）　足三里（＋）

方义简释：大椎，属督脉，总督一身阳气，与诸阳脉会，灸之以温阳补气。太白，为脾经原穴，足三里为胃经合穴，二穴同用，可调补脾胃、益气摄血。

操作方法：灸大椎3～7壮，亦可施以温针。太白、足三里施提插补法；风池、迎香用捻转泻法。留针20～25分钟，隔日1次。

对于一般性鼻衄，可先刺双侧孔最穴，行提插泻法。孔最为肺经郄穴，急证取郄，故刺之。

其他疗法

1.艾灸：①艾柱灸大椎、哑门；或灸囟会、上星，治衄不止。②取风府穴，以艾卷用温和灸。

2.耳针：取内鼻、肾上腺、神门，用强刺激，留针20分钟，每日1次。

3.指针：外伤衄血不止，以两手拇食二指同时双掐昆仑、太溪四穴。

文献选录

天府、合谷，鼻中衄血宜进。（《百症赋》）

衄血上星与禾髎。（《杂病穴法歌》）

鼻出血不止，名脑衄，灸上星五十壮。（《世医得效方》）

衄血：灸囟会、上星。（《针灸资生经》）

两鼻鼽衄：针禾髎。（《灵光赋》）

经验选要

衄时痒：便灸足大趾节之毛中十壮，剧者百壮，衄不止，灸风府一穴四壮，涌泉二穴各百壮。（《千金方》）

衄血：取上星、风府、哑门、合谷、内庭、三里、照海。（《医学纲目》）

王树鹏氏，取双侧少商，辅以双合谷，施以泻法，治疗鼻衄效佳。（针刺少商穴治疗鼻衄临床观察　黑龙江医药　2(22):1978年）

程珍祥氏，应用行间穴治疗鼻衄30例，显效24例，有效5例，无效1例。（针刺行间穴治疗鼻衄30例，中国针灸　4(6):1984年）

范春光氏，刺大椎治疗青春期鼻衄，留针15～20分钟，效佳。（针刺治疗青春期鼻衄，山东中医杂志(6):1986年）

傅丰谨氏报道，温灸涌泉穴治疗鼻衄。（上海针灸杂志(12):1986年）

评述

1.单纯性鼻出血针刺疗效显著。鼻出血止住后，应进一步检查病因，尤其是中老年人更应重视。

2.鼻出血患者中，有的甚为严重，甚至可引起生命危险。其中由血液病引起者，应禁止用针刺和刺血法治疗，可选用灸法、药物穴位敷贴等配合治疗。

3.用大蒜捣泥敷双侧涌泉穴，每次1～3小时，是治疗鼻衄不止的一种民间疗法，临床试用效果有时也很显著。

4.鼻出血起因复杂，临床上不可轻率处理。病情紧急时，可采用各种外治法帮助止血，必要时辅以中药对症治疗。

曹汉彪

第三节　咽喉疾病

一　咽喉炎

咽喉炎，即咽喉粘膜的炎症性改变，有急性和慢性之分。急性咽喉炎，见于某些急性传染病的前驱症状，或由于急性鼻炎、鼻窦炎、扁桃体炎继发所致，多发于冬春季节；慢性咽喉炎，常由急性咽喉炎反复发作演变而来，气候剧变，吸烟饮酒，发音过度，有害气体吸入等不良刺激，则为其诱发因素。

中医学将本病归属于喉痹、嗌干、音哑、咽嗌痛等范围，称为喉咙痛。由于病因的不同有风火喉痹与虚火喉痹之分。

病因病机

气候失常，起居不慎，肺卫不固，风热毒邪乘虚侵犯，从口鼻直袭咽喉，内伤于肺，相搏不去，咽喉脉络闭塞，致咽喉肿痛而发。风热喉痹，此时邪在表，病情较轻，若失治、误治或肺胃素有积热，则引动肺胃之热循经上蒸，出现肺胃热盛之症候，病情加重。

素体肺肾亏损，或风热喉痹，迁延不愈，肝肾受损，津液不足，则咽喉脉络失养，虚火循经上灼于咽喉，而发虚火喉痹。

临床表现

1.急性咽喉炎：患者自觉咽喉部干燥、灼热、瘙痒、刺激感，似有异物存在，咽喉疼痛，吞咽时尤剧，咳嗽、痰多粘稠，发声嘶哑，甚至失音，可伴有怕冷、发烧、头痛、身痛、体乏、食欲不振等全身反应。检查可见，咽喉粘膜充血、肿胀，声带呈淡红色，以后呈深红色。

2.慢性咽喉炎：患者自觉咽喉部干燥瘙痒，微痛不适，干咳或咳出少量粘痰，音调低沉，讲话乏力，声音粗糙、嘶哑或完全失音，常有“清嗓”习惯。检查见咽喉部粘膜充血、增厚，后期粘膜干燥、无光泽，声带闭合不全等。

辨证施治

1.风热外侵证：

主证：咽喉肿痛，干燥灼热，咳嗽声嘶，痰多粘稠色黄，喉间如有物梗，吞咽不利，可兼见恶寒发冷、头痛，舌红、苔薄黄，脉浮数。

治则：疏散风热，清利咽喉。

处方：商阳（－）　内庭（－）（双）　廉泉（－）

酌情选配丰隆（－）、人迎（－）、足三里（－）（双）。

穴方简释：手阳明大肠经之井穴商阳点刺出血，足阳明胃经之荥穴内庭泻之，共奏清泄阳明郁热、清胃泻肺之功；廉泉，为任脉与阴维之会、为局部取穴，泻之以清利咽

喉、消肿止痛；配化痰要穴丰隆，以祛痰利窍；人迎，疏通咽喉经气，利咽化痰；足三里，泻火清热，调理肠胃。

操作方法：得气后行提插捻转泻法，刺激宜强，留针30分钟。

疗程：每日1次，病情重者每日二次，10次为一疗程。

2.肝肾阴亏证：

主证：咽喉微痛稍肿，干痒不适，早晨较轻，午后或入夜加剧，可兼见手足心热，潮热盗汗，神疲腰酸，心烦失眠，头晕目眩，舌红、苔少或光剥，脉细数。

治则：滋阴降火，清咽润喉。

处方：合谷（－） 少商（－）（双） 天突（－）

酌情选配曲池（－）、天柱（－）。

穴方简释：合谷，为手阳明大肠经原穴，有疏散风热，清利咽喉的功效；少商，为手太阴肺经之井穴，点刺出血以清利咽喉；天突，为任脉与阴维之会，用以清肺化痰，利咽清音；配曲池，以加强驱风清热解表的作用；取天柱，以前后相应、祛风通窍，善治咽喉疾病。

操作方法：得气后行提插捻转泻法，留针30分钟。

疗程：每日1次，病情急而重者，每日2次，10次为一疗程。

3.肺胃热盛证：

主证：咽喉肿痛剧甚，吞咽困难，痰涎多，言语艰涩，咽喉哽塞，可兼见发热不恶寒，头痛较剧，口干欲饮，痰黄粘稠，溲赤便秘，舌红、苔黄厚，脉数有力。

治则：清胃泻火，消肿止痛。

处方： 鱼际（－） 内庭（－）（双） 廉泉（－）

酌情选配然谷（＋）（双）、天突（－）。

穴方简释：鱼际为肺经荥穴，内庭为大肠经荥穴，泻荥以清肺之火。廉泉，为任脉与阴维交会穴，刺之以利咽止痛；然谷，补之以降其火。天可消肿利咽。

其他疗法

1.三棱针：①少商、商阳、鱼际；②耳尖、轮$_{1-6}$、耳背静脉。每次1组，轮流点刺出血，隔2日一次，7次为一疗程。

2.耳针：取咽喉、耳尖、轮$_{1-6}$、神门、心、肺、肾，每次取3～4穴，交替使用，给予中强刺激，留针30分钟，期间运针1次，每日1次，10次为一疗程。

3.水针：取扶突、廉泉，10％葡萄糖注射液，维生素B_1、B_{12}或莲心草注射液。每次注射0.5～1毫升，每日1次，10次为一疗程。

4.激光：取合谷、廉泉，采用氦-氖激光器在距穴位20厘米处照射穴位，每穴治疗1分钟，每日1次，10次为一疗程。

文献选录

喉痹、完骨及天容、气舍、天鼎、尺泽、合谷、商阳、阳溪、中渚、前谷、商丘、然谷、阳交悉主之。（《甲乙经》）

三里、温溜、曲池、中渚、丰隆、主喉痹不能言。（《针灸资生经》）

喉痹，针合谷、涌泉、天突、丰隆。（《针灸聚英》）

喉痹，取丰隆、涌泉、关冲、少商、隐白、太冲。（《医学纲目》）

咽喉肿痛，阳溪、少海、液门。（《神灸经论》）

经验选要

张敬仁，针刺人迎、水突，在38例急性喉炎中，有18例获得痊愈，20例基本痊愈。在26例慢性喉炎中，有8例痊愈，14例基本痊愈，4例好转。（1984年）

林素筠，选用耳背近耳轮处明显的血管一根，左右均可，用刀尖划断血管，自然出血约0.5毫升，每周1次，共3次，在治疗40例慢性咽炎中，显效9例，有效12例，好转15例，无效4例。（1982年）

张凤兰等，用氦-氖激光器照射增音、合谷及廉泉治疗慢性咽喉疾病，在16例慢性咽喉炎中，痊愈6例，显效8例，好转2例，显效率为87.5%；在14例慢性咽炎中，痊愈4例，显效7例，好转3例，显效率为78.6%。（1985年）

评述

急性咽喉炎属实热喉痹，有"风热喉"、"红喉"之称。慢性咽喉炎属虚火喉痹，有"帘珠喉痹"之称。针刺治疗急性咽喉炎宜强刺激，治疗慢性咽喉炎宜中等度刺激，一般急性较慢性容易见效，但急性喉炎若发生于小孩，常发生呼吸困难，出现危象，临床上不容忽视。

患者平时须注意休息，减少或避免过度讲话，合理发音，保持室内温暖空气流畅，避免吸烟饮酒及对机体有害气体等的不良刺激。

刘炎　许建敏

二　声带麻痹

声带麻痹，为一侧或双侧声带固定麻痹，失去正常的活动功能，临床上有功能性和器质性之分，常因炎症及喉返神经受损所致，以声音嘶哑，甚至完全失声为其主要特点。

中医学根据本病的症状表现，认为其属于音哑、喉喑等范畴，并根据起病的情况不同将其分成暴喑和久喑二类，前者起病突然，多属实证，后者声哑缠绵，日久不愈，多属虚证。

病因病机

暴喑者，多因风寒外袭，客于肺系，肺气壅遏，气机不利，风寒之邪凝聚于喉或风热邪毒由口鼻而入，内伤于肺，肺气失宣，邪热上蒸结于喉咙，脉络痹阻，以致声门开合不利而发病。

久喑者，多素体虚弱或过度言语、劳累太过或久病失养，以致肺肾阴亏，肺金清肃不行，肾阴无以上承，声带失养，又阴虚火旺，虚火上炎，蒸灼于喉，声门失健而发病，

此外情志忧恚，肝气郁结或颈部金创外伤，喉咙脉络受损或病后余邪未清，结聚于喉，皆可致气滞血瘀痰凝，使声带运动失调而发病。

临床表现

声带麻痹的致病原因各不相同，可以是精神障碍所致，亦可是喉返神经病变等造成，尽管其症状表现会因此而各异，但发声易疲、无力、声音嘶哑、减低或失音则为其特征性的表现。若双侧麻痹，还可出现呼吸困难、窒息等感觉，喉镜检查可以明确诊断。

辨证施治

1.风寒外袭：

主证：卒然声音不扬，甚至嘶哑，伴有发热恶寒、头痛喉痒咳嗽，咽喉微痛，吞咽不利，舌淡、苔薄白，脉浮紧。

治则：疏风散寒，宣肺开音。

处方：列缺（－）　合谷（－）　廉泉（－）　天突（－）

酌情选配风池（－）（双）、　天鼎（－）。

穴方简释：列缺，为肺经络穴，是八脉交会穴通于任脉，针之以祛风散寒、宣肺化痰，利咽开音；取与肺经相表里的大肠经原穴合谷，则能通调咽喉壅滞之经气，而利声门；廉泉、天突，为任脉与阴维之会，具有通络开窍、利喉开音的作用；风池，则用以祛风解表、清利咽喉；局部取天鼎，以利咽消肿。

操作方法：得气后行提插捻转泻法，留针20分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

2.风热侵袭：

主证：声哑咽痛，音出不利，喉内有灼热疼痛感，伴有发热恶寒、咳嗽、痰黄等，舌红、苔黄，脉浮数。

治则：疏风清热，利喉开音。

若邪热传里，胃腑热盛，则症状加重而见声嘶，甚言语无声，喉病增剧，身壮热，舌质红、苔黄厚，脉洪大而数。

治则：泄热解毒，利喉开音。

处方：合谷（－）　尺泽（－）（双）　天突（－）　廉泉（－）

胃腑热盛者，内庭（－）、丰隆（－）（双）。

穴方简释：合谷，为手阳明大肠经原穴，泻之以疏风解表、清热利喉；尺泽，为手太阴肺经合穴，泻之以宣肺理气、清热化痰；天突、廉泉，为局部取穴，能疏通声门经气，清喉利窍。以上四穴合用，则外感之邪得泄，音声之门得复，使发音嘶哑之症得治。邪热传里、胃腑热盛者，加内庭、丰隆，以清泻胃火、涤痰通窍。

操作方法：得气后，行提插捻转泻法，刺激宜强，留针5～10分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

3.肺肾阴虚：

主证：声哑日久，咽喉干痛，瘙痒不适，干咳或痰少而粘，午后潮热，心烦失眠，每因劳累、多语后症状加重，舌红、苔少、脉细数。

治则：滋阴降火，清喉开音。

处方：太溪（＋）　照海（＋）　列缺（－）（双）　廉泉（－）

酌情选配鱼际（＋）、哑门（－）、扶突（－）。

穴方简释：太溪，为肾经原穴，用以益肾阴降虚火。照海，为肾经经穴、八脉交会穴通阴跻脉；列缺，是肺经经穴，八脉交会穴通于任脉。两脉合于肺系咽喉，两穴配用，相辅为功，以疏泄肺热、滋肾养阴，利喉开音；廉泉，为任脉与阴维之会，利喉舌，开声门，是治声带麻痹的要穴；取鱼际，以调肺气、利声门；泻哑门、扶突，则可通利咽喉、开音宁神。

操作方法：得气后行提插捻转补泻法，留针20～30分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

4.血瘀痰凝：

主证：声哑日久逐渐加重，喉内不适，有异物感、咽痛胸闷、咳痰带血、倦怠乏力，形体消瘦，舌质紫暗，脉涩。

治则：行气活血、化痰、开音。

处方：人迎（－）　水突（－）（双）　廉泉（－）　哑门（＋）　风府（＋）

酌情选配膻中、膈俞、丰隆。

穴方简释：哑门、风府，通行督脉，以祛除浊阴，利咽开音；人迎、水突、廉泉，为局部取穴，疏通声户脉络，宣通气机，从而使精气充盈、血液运行正常，达到消肿、利喉、开音的目的。膻中、膈俞，分别为气会、血会之穴；泻丰隆，能使湿化痰除，则声音得以恢复。

操作方法：得气后行提插捻转补泻法，留针20～30分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.温针：取哑门、风府、下脑户、风池，针刺深7～8分，进针后行轻度、小幅度的提插捻转，稍有得气感应即可；然后在针柄上燃艾柱（如枣核样子）5～9壮。隔日1次，10次为一疗程。

2.水针：取廉泉、哑门，方法，每穴注入维生素B_1和维生素B_{12}注射液0.5～1毫升，隔日1次，10次为一疗程。

3.耳针：取咽喉、颈、气管、肺、肾、大肠、胃、神门，每次选3～4穴，用毫针给予中等刺激，留针20分钟，隔日1次，10次为一疗程，亦可用揿针埋穴或用王不留行籽敷贴固定，3～5天一次，10次为一疗程。

文献选录

暴瘖气梗，取扶突与舌本出血。（《灵枢经》）

瘖不能言，合谷及涌泉，阳交主之。（《甲乙经》）

喑哑：哑门、风府、通里、合谷。（《针灸全书》）

失瘖不语：间使、支沟、灵道、鱼际、合谷、阴谷、复溜、然谷。（《针灸大成》）

经验选要

费久，取肺经、肾经原络穴太溪、大钟、太渊、列缺，采用迎随补泻法，治愈一例功能性声带麻痹患者。（1966年）

华延全等，以哑门、风府、脑户为主穴，风池为配穴，银温针治疗声带麻痹21例，结果显效17例，好转2例，无效2例。（1979年）

尉迟静，取肺穴、咽喉穴、声带穴（位于耳垂2区中部，以及相当于轮4部位），毛细血管穴（位于耳甲艇外下方与耳甲腔外上方），采用王不留行籽分别敷贴固定于两侧耳穴上，结果治愈2例声带麻痹患者。（1986年）

评述

中医认为"肺为声音之门"，"肾为声音之根"，声带麻痹当首先责之于肺肾两脏，治疗上须辨虚实，所谓"金实不鸣"，"金破不鸣"。

针灸疗法，对精神因素、喉部炎症、喉返神经轻度损伤所引起的声带麻痹，有较好的效果，若喉返神经损伤严重或被切断者，效果往往不明显。

本病患者须调适起居，使生活有规律，减少发声，避免大声呼叫，使声门得以休息，并禁食煎炒炙煿之品，忌烟酒刺激，以防加重病情。

刘炎　许建敏

三　梅核气

本症是感觉咽喉内有异物存在，时时梗阻不适，咽之不下，咯之不出，主要发生于中年以上，妇女患者多见，属于"癔球"或咽部神经官能症的范畴。

中医学认为，本病与七情郁结、气机不利有关，因其表现如有梅核塞于咽喉，故有梅核气之名。

病因病机

肝主疏泄，性喜条达，若情志不畅、肝失调顺，肝气循经上逆、结于咽喉或因肝郁及脾，脾失健运，津液不能输布、留积成痰，痰气交作上逆，阻于咽喉而发病。

临床表现

自觉咽喉内有异物存在，如梅核梗阻，吞之不下、吐之不出，可为间歇性，也可持续存在，或时隐时现，这种感觉在吞咽时明显，尤其是在空咽涎液时有更明显的异物感，吞咽食物时反而不明显，常企图以咳嗽、咯痰或频作吞咽清除之，可伴有精神不振，失眠，甚至感到心胸窒闷、呼吸急促，如果情志舒畅，则上述症状可有所缓解，咽喉检查

多无异常变化。

辨证施治

1.痰气搏结：

主证：自觉如有梅核塞于咽喉，咯之不出，吞之不下，饮食如常，其症状每随情志之波动而变化，时轻时重，兼见情志抑郁不舒、多疑多虑、胸膈痞闷、胁肋胀满，妇女则可有月经不调，舌质暗、苔白腻，脉弦滑。

治则：疏肝理气，散结化痰。

处方：太冲（－） 丰隆（－） 合谷（－）（双） 天突（－）

胸膈痞闷，配内关（－）、膻中（－）；胁肋胀满，配阳陵泉（－）、章门（－）；月经不调，配三阴交。

穴方简释：太冲，为足厥阴肝经之输原穴，泻之以疏肝解郁、理气通滞；丰隆，为治痰要穴，泻之以祛痰化浊。二穴配用，共奏疏肝理气、散结化痰之功。合谷，为手阳明大肠经原穴，功能通咽利喉、行气散结；天突，乃任脉与阴维之会，善于降逆化痰、下气利咽；配泻丰隆，达顺气降逆、化痰散结之效。胸膈痞闷者，加用内关、膻中，以宽胸利膈、理气解郁；胁肋胀满者，加用胆经合穴阳陵泉和肝之募穴章门，以疏通肝胆胁肋经气；三阴交，能健脾化湿、理血调经，善治月经不调。

操作方法：太冲、丰隆，在得气后行提插捻转泻法；留针20～30分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.水针：取内关、合谷、廉泉。

方法：每穴注入5％葡萄糖注射液或维生素B_1、B_{12}注射液0.5～1毫升，隔日1次，10次为一疗程。

2.耳针：取颈、咽喉、肝、脾、胃、下脚端、皮质下、神门，用重刺激手法，每次选用3穴，交替治疗，隔日1次，10次为一疗程。

3.埋线：取气海、丰隆，局部皮肤消毒后，进行局麻，然后将1～1.5厘米的铬制羊肠线用6号穿刺针注入穴位，每15天埋藏1次，3次为一疗程。

4.挑刺：取喉部阿是穴、肺俞、肝俞、颈3～6夹脊、膻中，局部消毒，当针尖穿过皮肤后，把挑起的表皮拉断，挑开口后，然后将针深入表皮下挑，挑断皮下白色纤维数根，直至把针口周围的纤维挑完为止，隔3日挑一次，5次为一疗程。

文献选录

咽喉闭塞，取照海。（《灵枢经》）

少府、蠡沟，主嗌中有气如瘜肉状。（《千金方》）

梅核气，取间使、三间。（《神应经》）

梅核气，取膻中、气海、下三里，并可灸之。（《针灸大成》）

经验选要

邢春光等，针刺“好感”穴（在下颌角之后一横指，于胸锁乳突肌前缘），针尖向咽喉部斜刺，得气后即出针，在治疗84例梅核气病人中，经随防观察者有71例，其中痊愈者29例（占40.9%），好转者38例（占53.5%），有效率为94.4%，无效者 4 例（占 5～6 %）。（1978年）

兰州医学院第二附属医院耳鼻喉科，用 5 %葡萄糖 2 毫升穴注内关，以左侧为主，对咽喉疼痛再配合谷穴，如第 1 次注射后病人无明显感觉，第 2 次穴注两侧内关，在治疗105例梅核气患者中，21例（占20.0%）痊愈，其中 2 例复发；显著进步者64例（占61.0%），其中11例复发，略有进步者19例（占18.1%）其中 2 例复发，无效者 1 例（占0.9%）。总共近期治愈好转率为 99.1%，复发15例，占治愈好转的 14.4%。(1976年）

董朝平，治疗21例梅核气患者，取天突穴行提插捻转、迎随、开合手法补泻治之。结果均获痊愈。（1987年）

评述

本病与情志关系极为密切，患者多为体虚情感佛郁之人，由于痰气搏结于咽喉而发病，理气化痰散结则为本病的治疗大法，患者须解除思想顾虑，增强治疗信心，少食煎炒炙煿之食物。

梅核气仅是一种主观症状，必须排除任何明显的器质性疾病，始可暂且作出这一诊断。

刘炎　许建敏

四　扁桃体炎

扁桃体炎，为扁桃体的炎症性病变。由于炎症的性质不同，临床上可分为急性与慢性两种。急性扁桃体炎，是腭扁桃体的非特异性炎症，多发于10～30岁之间的青年人，春秋两季多见；慢性扁桃体炎，多由急性扁桃体炎反复发作演变而来，发病年龄以 7 ～14岁最多见。

中医学认为，本病属乳蛾范围，将急性扁桃体炎称作风热乳蛾，将慢性扁桃体炎称作阴虚乳蛾或石蛾。

病因病机

咽喉为肺胃所属，风热犯肺，引火上蒸，邪毒搏结喉核，脉络受阻，或平素嗜食辛辣原味，胃热乃生，久而化火，循经上熏喉核，复受外邪，风火相扇，热毒壅盛，则发为风热乳蛾。

先天禀赋不足或病程迁延，肝肾阴亏，喉核失养，又虚火上炎，喉核受灼，则发为阴虚乳蛾，在小儿则为石蛾。

临床表现

1.急性扁桃体炎：起病急，怕冷发烧，头痛，食欲不振，疲乏无力，或见便秘，小儿咽痛往往始于一侧，继则波及对侧，吞咽或咳嗽时咽痛加重，疼痛剧烈者可发生吞咽困难。检查时，可见咽部充血，扁桃体肿大，有时在其表面有黄白色点状或片状分泌物附着，白细胞总数增多。

2.慢性扁桃体炎：常有扁桃体急性发作史及扁桃体周围脓肿病史，一般有咽部不适、头痛、四肢乏力、消化不良、易感疲劳、夜间低热等，扁桃体有时过于肥大而妨碍呼吸或吞咽，但有的病人可全无自觉症状。检查，可见扁桃体慢性充血，呈暗红色或紫红色，表面不平或呈多叶状，可肿大或萎缩变硬，两侧下颌角可触及肿大淋巴结。

辨证施治

1.急性扁桃体炎：

(1) 风热侵袭：

主证：咽部疼痛，干燥灼热，喉核红肿，吞咽不便，伴有发热、恶风、头痛、鼻塞、体倦，咳嗽有痰，舌质红、苔薄黄，脉浮数。

治则：疏风清热，解毒利咽。

处方：少商（－）　合谷（－）　尺泽（－）（双）

酌情选配鱼际（－）（双）、大椎（－）、天突（－）。

穴方简释：少商，为手太阴肺经之井穴，点刺出血以达清肃肺热、泻毒利咽之效；合谷，为手阳明经之原穴，针之可疏风解表、清咽止痛；泻肺经合穴尺泽，宣肺清热，取实则泻其子之意；大椎，能加强散风清热解毒之效；天突，为局部取穴，能清利咽喉；鱼际，为肺经荥穴，有清肺利咽的作用。

操作方法：少商用三棱点刺放血，余穴得气后，行提插捻转泻法，留针10～15分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

(2) 肺胃热盛：

主证：咽部痛甚，痛连耳根及颌下，吞咽困难，喉核红肿严重，口苦饮冷，溲赤便秘，舌红、苔黄厚，脉洪大而数。

治则：泄热解毒，消肿利咽。

处方：合谷（－）　内庭（－）　颊车（－）、

酌情选配曲池（－）、足三里（－）。

穴方简释：合谷，为手阳明经之原穴，具有镇痛安神、清利咽喉之效；内庭，为足阳明胃经之荥穴，泻之则清泄阳明郁热、散火解毒定痛；颊车，可疏通咽喉经气、消肿利咽；配用曲池、足三里，以达清肺泻胃、清咽利喉、调理肠胃的目的。

操作方法：给予强刺激，得气后行提插捻转泻法，留针10～15分钟。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

2.慢性扁桃体炎：

（2）肾亏阴虚：

主证：咽喉肿痛不甚明显，早轻暮重，伴有潮热盗汗、咽干少饮、头晕耳鸣、心烦失眠、腰酸体乏，舌红、少苔，脉细数。

治则：滋阴降火，清利咽喉。

处方：天容（－） 太溪（＋） 合谷（－）（双）

酌情选配照海（＋）、鱼际（－）、少府（－）。

穴方简释：天容，内当扁桃体部，针之以疏通患部壅滞之气血，使喉核得养；太溪，为肾经原穴，补之以滋阴降火，导虚火下行；合谷，能通利头面五官，用之以清利咽喉、消肿止痛；配照海，清热降火、养阴润咽；而肺经与心经之荥火穴鱼际、少府，能清心肺、利喉核，宁神志。

操作方法：得气后行提插捻转补泻法，留针20～30分钟。

疗程：隔日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.皮肤针：取后颈部、颌下、耳垂下方、合谷、大椎，用梅花针或七星针重点叩打后颈部、颌下、耳垂下方。中度或较重刺激，每日或隔日1次，10次为一疗程。

2.三棱针：①少商、商阳，②耳尖、轮$_{1-6}$，耳背静脉，用三棱针点刺出血，每次1组穴位，两组交替使用，2日1次，5次为一疗程。

3.水针：取合谷、曲池、天突、扶突；每次选2～4穴，每穴注入维生素B_1、B_{12}注射液或莲心草注射液、鱼腥草注射液0.5～1毫升，每日1次，10次为一疗程。

4.耳针：取扁桃体、咽喉、肺、肾、神门、耳尖、轮$_{1-6}$，每次选3～5穴，用毫针给予中强刺激，留针30分钟。每日或隔日1次，10次为一疗程。

5.拔罐：①大椎、肺俞、肝俞，②身柱、风门、心俞，每次取1组，隔日1次，10次为一疗程，常配用刺络疗法。

文献选录

喉痹：完骨及天容、气舍、天鼎、尺泽、合谷、商阳、阳溪、中渚、前谷、商丘、然谷、阴交悉主之。（《甲乙经》）

神门、合谷、风池主喉痹。（《针灸资生经》）

针合谷、涌泉、天突、丰隆。（《针灸聚英·喉痹》）

双蛾：玉液、金津、少商；单蛾：少商、合谷、廉泉。（《针灸大成》）

经验选要

陈仁华，治疗急性扁桃体炎分针刺组与药物组。针刺组取双侧颊车、合谷、曲池，中强刺激，不留针，每日1～2次；药物组则肌注青霉素、链霉素，口服土霉素、四环素。治疗结果：①体温恢复正常时间：针刺组1～5天，平均1.95天（220例病人）；药物组为1～6天，平均3.66天（50例病人），经统计学处理$P<0.01$。②咽痛消失时间：针刺

组1～7天，平均3.22天（220例病人）；药物组3～10天，平均4.84天（50例病人），经统计学处理P<0.01。⑧白细胞数降至正常时间，针刺组在治疗50例病人中，1～3天者39人，4～6天者9人，7天以上者2人；药物组在治疗的50例病人中，1～3天者15人，4～6天者31人，7天以上者4人。④扁桃体假膜消失时间，针刺组1～5天，平均2.8天（100例病人），药物组1～7天，平均4.8天（50例病人）。（1987年）

陈美秀，用灯芯草灸三焦经的角孙穴，火灸穴位一次即可，个别的次日再灸1次，在治疗316例急性扁桃体炎中有285例获得痊愈。（1977年）

陈万春，在双侧商阳、少商穴用三棱针放血并配合针刺合谷，对体温过高的患者再加刺双侧涌泉穴，治疗扁桃体炎28例，结果6～15分钟痛止，6～8小时体温基本恢复正常，24～48小时化脓性病灶吸收或消失，白总分从16400降至6200，均为1次治愈。（1984年）

评述

急性扁桃体炎，多属实热证；慢性扁桃体炎，多属虚热证。临床上须仔细辨证，作为行使补泻手法的依据，以免犯"虚虚实实"之戒，针灸治疗急性扁桃体炎较慢性扁桃体炎或慢性扁桃体炎急性发作疗效高，见效快。

本病患者要注意休息，保持室内空气流通，冷暖适中，并注意口腔、咽喉部卫生，饮食宜选择易于消化、清淡之食物，避免过食辛辣刺激、肥腻、炙煿食品。

刘炎　许建敏

五　急性扁桃体炎

急性扁桃体炎，是咽部淋巴组织的急性感染性病症，其病变以扁桃体最为显著。主要致病菌为A组β型溶血性链球菌。在疲劳、受冷、受湿等后易诱发。常见于冬、春季，儿童发病最多（但1岁以下发病甚少），青年次之。

中医学中的乳蛾（又名喉蛾），即相当于本病证。因其多系风热邪毒侵犯所致，故常称为风热乳蛾。针灸早就被应用于本病治疗，早期古籍中无此病名而与喉痹混称，或述为咽中痛，如《针灸甲乙经》："咽中痛，不可内食，涌泉主之。"至《针灸资生经》始有明确记载。

病因病机

本病病因，主要为风热邪毒侵袭，咽喉为肺胃所属，风热循口鼻入侵肺系，咽喉首当其冲，邪毒搏结于喉核，以致络脉受阻，肌膜受灼而发病。如外邪壅盛，乘势传入肺胃，肺胃热盛，火热上蒸，搏结于喉核，灼腐肌膜，喉核肿大，或有腐物脓液。亦可因多食炙煿，过饮热酒，脾胃蕴热，热毒上攻喉核而致。

临床表现

1.全身症状： 起病急骤，高热（多在39℃以上），头痛，全身不适，并可伴恶心呕

吐等。婴幼儿，可有高热惊厥。

2.局部症状：咽痛，吞咽困难，咽部充血。扁桃体红肿，或有分泌物渗出。渗出物易被揩去，揩后无出血现象。

3.实验室检查：白细胞可明显增高，中性细胞亦增高（由病毒感染者多正常）；咽拭培养阳性，抗“O”效价可明显升高。

辨证施治

1.肺经风热：

主证：咽部疼痛逐渐加剧，吞咽不便，当吞咽或咳嗽时疼痛加重。咽喉干燥灼热，咳核红肿。并见发热恶寒、头痛、鼻塞、体倦、咳嗽，舌边尖红、苔薄微黄，脉浮数等症。

治则：疏风清热，消肿利咽。

处方：天容（－）　少商（－）（双）

酌情选配合谷（－）（双）、扁桃体穴（位于下颌角下一寸处）（－）患侧。

方义简释：天容，属手太阳经穴；太阳，主一身之表，又位于喉核附近，故可解表症而疏通局部壅滞之气血。少商，为肺经之井穴，点刺出血，以清侵袭肺系之风热；合谷，为大肠经之合，肺与大肠相表里，取之可泄肺经邪毒而利咽喉；扁桃体穴，是近人发现之验穴，确有消炎退肿之效。

操作方法：天容，宜向舌根部直刺，使针感扩散至咽喉部，再予以提插捻转之泻法，留针15分钟；少商，可用消毒之三棱针点刺，并挤去黑血数滴；合谷、扁桃体穴，一般于上穴治疗效果不佳时选用，施提插捻转泻法。

疗程：每日1次，以愈为度，不计疗程。

2.肺胃热盛：

主证：咽部疼痛剧烈，痛连耳根及颌下，吞咽困难，有堵塞感，或有声嘶，喉核红肿，甚则涉及咽峡，表面或有黄白色脓点。并有高热、口渴引饮，咳嗽痰黄，口臭腹胀，大便秘结，小便黄赤，舌质红、苔黄厚，脉洪数等全身症状。

治则：泄热解毒，利咽消肿。

处方：人迎（－）　鱼际（－）　合谷（－）（双）

酌情选配内庭（－）、曲池（－）（双）

方义简释：人迎，属胃经而扶于咽之两侧，取之可清利咽喉、疏导壅滞；鱼际，乃肺之荥穴，刺血以泻肺经之火；合谷，手阳明之原，与胃经同名，能泄阳明蕴热；曲池，能增强清热败毒之效。如胃热偏盛，加足阳明之荥穴以清泻之。

操作方法：鱼际、太阳，可以三棱针或毫针点刺出血，余穴均用提插泻法，留针10～15分钟。

疗效：每日2次，不计疗程，以愈为度。

其他疗法

1.耳针：取咽喉、轮$_{4、5、6}$、扁桃体区，在咽喉点及扁桃体区寻找压痛点，毫针刺入

以强度刺激泻之，留针30～60分钟。如兼高热，可在耳轮$_{4、5、6}$放血。

2.刺血：取耳背静脉分支与降压沟相交处、少商、商阳；轻者选1～2穴，重者可全取。刺耳背静脉，先以手轻揉患耳，使局部充血，再于耳后寻找静脉，局部行常规消毒，用三棱针点刺，挤出3～5滴血。少商、商阳点刺法同前。

3.水针：取翳风、合谷、照海，酌配足三里、曲池、行间，鱼腥草或维生素B_1注射液任选一种，每穴注入0.3～0.5毫升。每次取2～3穴，每日1次，重者2次。

4.灯芯草灸：取角孙（患侧），以侵过食油之灯芯草，用火点燃后迅速点燃穴位皮肤，一点即起，当点燃的灯芯草接触皮肤，则有叭的一声，火灸部位即起微红。每日1次，一般1次即可，重者次日再作。

文献选录

双乳娥症：少商、金津、玉液；单乳娥症：少商、合谷、涌泉。（《针灸资生经》）

乳鹅之症少人医，……如若少商出血后，即时安稳免灾危。（《玉龙歌》）

天柱、廉泉、天突、阳谷、合谷、后谿。（《类经图翼》）

经验选要

上海市耳针协作组，在耳屏区探找痛点（部分病例在耳舟下找得痛点），用强刺激手法，留针30～60分钟，每日1次治疗304例，总有效率为90.1%，治愈率达52.3%。一般经2～3次治疗，炎症即可消退。（1962年）

陈秀美，以灯火灸法（法见前述）共治急性扁桃体炎患者316例，治愈285例（90.1%）。患者经1次火灸穴位后1小时起，即逐渐解除痛苦，体温降至正常，脓性分泌物一般在12小时左右吸收。（1975年）

评述

针灸治疗急性扁桃体炎，现代见诸报导者，始于五十年代初，从五十年代中期起，资料迅速增多，各种变革的针灸疗法纷纷应用，其中井穴点刺或耳背静脉放血，方法简便而疗效明显，颇为常用。不少单位通过设对照组观察到，针灸的疗效并不比使用青霉素或磺胺类药物差，而针灸更能有效的减轻全身症状。我们曾统计过二千余例针灸治疗的患者，其平均痊愈率达90%以上。

张仁　刘炎

第四节　口腔疾病

一　口疮

口疮，中医又称口疳，是口腔粘膜疾病中最常见的溃疡性损害。其特征是在口腔粘膜上出现黄白色如豆大的溃点，具有周期性复发的规律。临床上以女性为多，以青壮年为多。现代医学称之为阿弗它，将其分为三种类型：轻型口疮、口疮性口炎、腺周口疮，这是三种同病异型的疾病。此外，还有一种比较少见的类型，即除了口疮外，又并发生殖器溃疡、皮肤损害、眼病与全身症状，称为白塞氏综合征，中医名曰狐惑病，这一型不在本节讨论范围内。

病因病机

中医对口疮的辨证，一般分为实证与虚证，其病因病机亦不相同。实证者，或因过食辛辣厚味或嗜饮醇酒，以致心脾积热，复感风、火、燥、邪，热盛化火，循经上攻于口而发；或因口腔不洁，或有破损，毒邪趁机侵袭，致使粘膜腐烂而成病。正如《圣济总录》所说："口疮者，心脾有热，气冲上焦，熏发口舌，故作疮也。"虚证者，多因素体阴虚，加之病后去劳伤过度，亏耗真阴，伤及心肾，虚火旺盛，上炎口腔而发病；亦有因病久，阴损及阳，阴血不足，阳气亦虚而致心脾两虚，导致本病者。《景岳全书》曰："口疮，连年不愈者，此虚火也。"即是此证。

此外，临床上还发现不少同口疮复发有关的因素，如消化不良、便秘、腹泻、发热、睡眠不足、情绪不佳、精神紧张、疲劳、月经、吃某种食物等因素，以及消化道溃疡、慢性肝炎、结肠炎等疾病，似与本病有一定关系。

现代医学认为，口疮与某些细菌有关。有不少资料表明，口疮是自身免疫性疾病的一种重要表现，因其有反复发作，病程迁延，激素治疗能予以缓解等临床特点，也有人认为本病与免疫功能减退有关，由于消化吸收障碍，抗生素与免疫抑制剂的不适当应用，导致免疫功能低下，从而产生局部感染。此外，粘膜角化程度差，则容易患溃疡，而角化良好的部位则不易产生溃疡。

临床表现

1.轻型口疮：初起为细小红点，局部有灼热不适感，逐渐扩大为2～3毫米的浅溃疡，中央微凹、被覆淡黄色纤维素膜，周围充血呈红晕，基底柔软，有较剧烈烧灼痛，7～10天后愈合，不留疤痕，经过一定时间再次复发。

2.口疮性口炎：溃疡数目明显增加，可达十余个或更多，在口腔内分布较广泛，但不丛集成簇，疼痛更明显，伴有淋巴结肿大与头痛发热等症状。其余症状与轻型口疮相同。

3.腺周口疮（又称巨口疮）：常为单个溃疡，直经可扩大为1～2厘米，向深层发

展，累及粘膜腺，呈“弹坑状”，为紫红或暗红色，也可伴有淋巴结肿大与发热。在反复发作过程中，溃疡部位可从口角区向舌腭弓、软腭、悬壅垂移行。该病愈合较缓，可达几个月之久，愈合后留有疤痕组织。

辨证施治

1.热毒炽盛：

主证：唇、颊、上腭粘膜或舌面上有黄豆或豌豆大小的黄白色溃烂点，中央凹陷，呈圆形或椭圆形，周围粘膜鲜红，微肿，溃点数目较多，或融合成小片，灼热疼痛，说话进食时加重，可兼见发热、口渴，尿赤，舌红、苔黄，脉数等证。

治则：清热解毒，消肿止痛。

处方：金津玉液（－）　聚泉（－）　少商（－）　合谷（－）（双）

酌情选配廉泉（－）、颊车（－）、迎香（－）患侧、承浆（－）患侧、足三里（－）（双）、三阴交（－）（双）、少府（－）、劳宫（－）。

穴方简释：心脾积热，循经上炎，或外邪入侵，热毒炽盛，故疮发于口腔，可以刺口内金津玉液与聚泉以泻其热毒。少商，是泄热要穴；合谷，是大肠经之原穴，素有“面口合谷收”之称。足三里、曲池，是胃经、大肠经之合穴，合可泻腑热；三阴交，为足三阴之交会穴，可清三脏之实热；少府、劳宫，是心经心包经的荥穴，荥可治热痛。溃疡在下唇，加承浆；在上唇，加迎香；在颊粘膜处，加颊车；在舌下，加廉泉。此皆局部取穴。

操作方法：金津玉液、聚泉、少商，皆用三棱针点刺放血，其他穴位进针得气后，施以捻转提插泻法，留针20分钟。

疗程：每日1次，6天为一疗程。

2.虚火上炎：

主证：溃烂面如黄豆绿豆大小，表面灰白，周围粘膜颜色淡红或不红，溃点数量少，一般1～2个，易于反复发作或此愈彼起，绵延不断。可兼见五心烦热，失眠盗汗，面色潮红或纳呆脘闷，大便溏薄。舌红或淡、苔少或光，脉细数。

治则：清降虚火，补益脾胃，滋养心肾。

处方：合谷（－）　足三里（＋）　三阴交（＋）　复溜（＋）　神门（＋）

酌情选配养老（＋）、肾俞（＋）、脾俞（＋）、颊车（－）、承浆（－）、迎香（－）、廉泉（－）。

穴方简释：大肠经抵达面口，合谷是其原穴，可清面口之热；脾胃是生化之源，脾胃虚弱、生化无源，则疮面不合，故用足三里、三阴交、脾俞以补之；复溜，是肾经经穴，五行属水，可滋补肾阴；神门是心经原穴，可补心阴以清其火；肾俞，是肾之背俞穴，可补肾阴之虚衰；养老，是补虚的经验穴；颊车、承浆、迎香、地仓，可作局部加减之用。

操作方法：进针得气后，用捻转提插补法或泻法，留针20～30分钟。三里、肾俞、脾俞、养老，也可施灸法。

疗程：间日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.水针：①取牵正、曲池、颊车、手三里，隔日1次，每次2穴，各穴交替使用，每穴注射维生素B_1注射液0.5毫升。②三阴交或极泉；每支转移因子用2毫升无菌蒸馏水稀释，以5号针头在皮肤消毒后快速进针，提插捻转，以得针感。留针3分钟，抽无回血，缓缓注入本品。每次1支，每周1～2次，4次为一疗程，可治疗1～6个疗程。

2.耳针：取神门、口、舌、心、肝、脾、胃、交感，单耳穴、双耳穴交替使用，手法以速进针，轻捻转，强刺激为主，留针30分钟，每10分钟行针1次。每日作耳针1次，5次为一疗程。

3.敷贴：取涌泉（双），将吴茱萸粉加醋调成糊状，敷于双侧涌泉穴，每两天换药1次，以引火归原。

4.梅花针：按常规在脊椎两侧中度刺激两行，在颈椎两侧中度刺激两行，1～4颈椎加重刺激三行，局部两侧颊区、口区，下颌作轻刺激，每日一次。

5.放血：先漱口，用米他酚或红汞作局部溃疡面消毒，然后在局部溃疡面上进针，出血即可，小溃疡面单刺，大溃疡面刺2～4下，每日1次。

文献选录

口有疮蚀龈，臭秽气冲人：灸劳宫。（《神应经·小儿门》）

狐惑伤寒满口疮，须下黄连犀角汤，虫在脏腑食肌肉，须要神针刺地仓。（《肘后歌》）

口舌生疮舌下窍，三棱刺血非粗卤。（《杂病穴法歌》）

口内生疮：海泉、人中、承浆、合谷……复刺后穴：金津玉液、长强。（《针灸大成·治症总要》）

经验选要

北京口腔医院，治疗阿弗他性口腔炎34例，选用地仓、少商（点刺出血）、医风、地仓、合谷、太渊等穴，有效为32例，有效率达94%。（《中医杂志》1956年，9）

戴旭东，治疗舌炎25例，用三棱针急刺金津玉液或少商穴微出血，并选取地仓、曲池、足三里、廉泉等穴，用毫针针刺，施平补平泻手法，留针15～20分钟，并配合饮食疗法，补充维生素。结果：治疗一次痊愈者17例，两次者4例，三次者4例。（《中医杂志》1962年，1）

李士杰，用三棱针点刺四缝穴，治疗小儿口疮近20例，取得满意疗效。穴位：双侧四缝穴。方法：以三棱针点刺进入皮下后，迅速捻转一周即拔针，放出黄色粘液少许。每隔3～4天一次，一般1～2次即可痊愈。（《辽宁医药》1976年，2）

谢伍凤，针刺治疗复发性阿弗他口炎47例。主穴：合谷、足三里、内关。配穴：上唇溃疡加人中、下唇溃疡加承浆，颊粘膜溃疡加地仓，舌体溃疡加廉泉。操作：平补平泻，出现针感后留针15分钟，每日一次，3～6次为一疗程，疗程间隔1～2周。部分

患者针刺后在溃疡面上涂龙胆紫，或敷中药养阴生肌散。47例中，2～6小时内自发痛完全消失者31例，显著减轻者16例，治疗6次内愈合者24例。（《新医药学杂志》1978年，10）

周宗歧等治疗慢性复发性阿弗他口炎163例。主穴：地仓、承浆；辅穴：合谷、曲池、足三里、三阴交。舌部有溃疡者，点刺金津玉液或聚泉出血；上唇及两颊粘膜部有溃疡者，针刺迎香。操作：除点刺者，皆用平补平泻，找到针感后，留针10～20分钟，每周针治2～3次，10次为一疗程，疗程间隔2周。疗效：痊愈者83例，显效者30例，有效者20例，无效者8例。有效率为94.33%。（《中华口腔科杂志》1957年，3）

评述

本病比较顽固，此起彼伏，反复发作。现代医学认为，病因尚不十分明确，在其他疗法无效时，用针刺可取得一定效果，古代早已运用，值得加以推广。

若伴有消化道疾患、肝炎及其他疾病者，应注意对这些伴随病症的治疗，以提高对本病的疗效。

若伴有核黄素缺乏口角炎，则应加服维生素B_2与复B，以补其不足。

少吃辛辣、海货等易发之品，少喝茶、咖啡等刺激性饮料，戒酒戒烟。

注意口腔卫生，去除不良嗜好，劳逸结合，睡眠充足，心胸开扩，积极参加体育锻炼，提高机体免疫力，可减少本病的发生。

刘立公

二　牙痛

牙痛，是口腔科疾病常见症状之一。无论是牙齿、牙周组织、颌骨或神经疾患，都可引起牙痛，亦可是全身疾患的局部反应。临床上多系龋齿、牙髓炎、根尖周围炎、冠周炎、牙周炎等所致，遇冷、热、酸、甜等刺激时常可加剧。

中医学认为，牙痛有虫痛和火痛之分，而火痛又有实火和虚火之别，实火多由胃火、风热所致，虚火多因肾虚火旺引起。

病因病机

手足阳明经脉分别入上、下齿，大肠、胃腑有热，又嗜食辛辣，引火循经上蒸，损伤脉络或风火邪毒侵袭，循经上扰阳明，脉络闭阻而引起实火牙痛。

肾主骨，齿为骨之余，肾阴亏损，牙失所养，虚火上炎，齿受烧灼则出现虚火牙痛。

临床表现

由于引起牙痛的原因各不相同，所以疼痛可以是自发痛或激发痛、剧痛或隐痛、或者是咬合痛（上、下颌牙齿接触时或咀嚼时发生的疼痛），可能是阵发的、或持续的、或放散性的，仅白天疼痛或在夜间加剧，可伴有全身发热、牙龈肿胀、流脓出血、牙齿

松动、张口困难、局部淋巴结肿大等，亦可因病因的不同而有异。

辨证施治

1.风热侵袭：

主证：牙齿疼痛呈阵发性，遇风发作，得冷痛减，得热痛增，牙龈红肿，或兼有发热恶寒，口渴，舌红、苔白干，脉浮数。

治则：疏风清热，解毒消肿。

处方：合谷（－）（双） 下关（－） 颊车（－）

酌情选配风池（－）、曲池（－）、外关（－）（双）。

穴方简释：合谷，为手阳明经之原穴，其脉入下齿中，有驱风清热镇痛、疏通牙部经气的作用，为治牙痛的有效穴位；下关、颊车，局部取穴，属足阳明经，其脉入上齿中，刺之则能祛除邪热，消肿止痛，通调局部壅滞之经气；配用风池、外关、曲池，借以加强散风清热解表的作用。

操作方法：得气后行提插捻转泻法，留针15～20分钟，间隔10分钟运针一次。

疗程：每天1次，10次为一疗程。

2.胃火熏蒸：

主证：牙龈疼痛剧烈，牙龈红肿较甚或出浓渗血，肿连腮颊，兼口渴引饮，心烦，口臭，便秘，舌质红、苔黄厚、脉洪数。

治则：清胃泻火，凉血止痛。

处方：合谷（－） 内庭（－） 下关（－） 颊车（－）

酌情选配足三里（－）、劳宫（－）。

穴方简释：合谷，为手阳明大肠经之原穴，泻之以疏泄阳明郁热、通调牙部经气；内庭，为足阳明胃经之荥穴，泻之以清泻胃火而止牙痛；下关、颊车，为足阳明胃经经穴，局部取用泻之，以清利口齿、消肿止痛；配劳宫，泻热清心凉血，治心烦、齿血、口臭；足三里，清泻火热，通降腑气而治便秘。

操作方法：得气后行提插捻转泻法，刺激宜强，留针30分钟，间隔10分钟运针1次。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

3.虚火上炎：

主证：牙齿隐痛，时作时止或日轻夜重，按之痛减，牙龈微有红肿，甚则龈肉萎缩，牙齿浮动，咬物无力，可兼见神疲体倦、头晕目眩、口干不欲饮、腰痛酸软、舌质红、苔少，脉细数。

治则：滋肾养阴，降火止痛。

处方：合谷（－） 太溪（＋）（双） 下关（－） 颊车（－）

酌情选配照海（＋）、行间（－）。

穴方简释：合谷，属于手阳明经，其脉入上齿中；下关、颊车，局部取穴，属足阳明胃经，其脉入下齿中。三穴为治牙痛要穴，具有利齿止痛、疏通牙部经气的作用。太溪，为肾经原穴，补之以滋肾益阴，清热降火；配肾经金穴复溜，则补肾养阴，引火归

源，导虚火下行；泻肝经之荥火穴行间，则疏肝理气，平降肝火。

操作方法：得气后行提插捻转补泻法。留针30分钟，期间隔10分钟运针1次。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

其他疗法

1.皮肤针：取颈椎（双）、耳前、大小鱼际、虎口、阿是穴，用梅花针隔日叩刺1次，5次为一疗程。

2.水针：取合谷、下关、颊车。

方法：每穴注入维生素B_1注射液或0.5～1%盐酸普鲁卡因注射液0.5～1毫升，每日1次，10次为一疗程。

3.耳针：取上颌、下颌、牙痛点$_2$、牙痛点$_1$、口、面颊区、上屏尖、神门。给予强刺激，留针30分钟，每日1次，10次为一疗程。

4.电针：取合谷、下关、颊车。风火牙痛，配曲池；胃火牙痛，配内庭；虚火牙痛，配太溪。针刺得气后，给予脉冲电刺激20～30分钟，刺激量以病人能忍受为度，每日1次，10次为一疗程。

5.腕踝针：取上$_1$、上$_2$。前部牙痛，取上$_1$；后部牙痛，取上$_2$。均同侧取穴，待针下出现松软感，留针30分钟，每日1次，10次为一疗程。

6.手针：取牙痛点、咽喉点，采取"缪刺法"，交叉取穴，若双侧牙痛，则双侧取穴，予强刺激，留针30分钟，每日1次，10次为一疗程。

文献选录

失欠，下齿龋，下牙痛、颛肿，下关主之。（《甲乙经》）

大迎、颧髎、听会、曲池主齿痛恶寒；翳风治牙车痛；商阳治齿痛恶寒；上关疗风牙痛，牙车不开。（《针灸资生经》）

牙疼：合谷、内庭、浮白、阳白、三间。（《针灸聚英》）

上片牙痛，吕细、太渊、人中；下片牙痛，合谷、龙玄、承浆……复刺后穴：肾俞、三间、二间。（《针灸大成》）

肾虚牙痛出血不止，颊车、合谷、足三里、太溪。（《类经图翼》）

经验选要

耿温琦，治疗97例牙痛病人，分别为急性及亚急性牙髓炎，根尖周炎及冠周炎所致之牙痛，以合谷为主穴，若上牙痛加下关；上前牙痛再加四白或颧髎、人中等；下牙痛加下关、颊车、承浆或颏髎。①针刺当时止痛效果：急性牙髓炎所致之牙痛28例中，完全止痛者16例（占57%），基本止痛者11例（占39%），疼痛减轻者1例；急性根尖周炎所致之牙痛55例中，完全止痛者19例（占35%），基本止痛者21例（占38%），疼痛减轻者11例（占20%），无效者4例；急性冠周炎所致之牙痛14例，完全止痛者2例（占14%），基本止痛者8例（占57%），疼痛减轻者4例（占29%）。②针后的持续止痛时间：持续止痛时间延长12小时以上者，以急性根尖周炎效果最好，占73%；急性冠

周炎次之，占60%；急性牙髓炎的效果最差，占44%。③炎症程度与持续止痛时间的关系：针刺止痛时间持续到12小时以上者，亚急性牙髓炎占100%，亚急性根尖周炎占90%，亚急性冠周炎占71%，可见亚急性炎症比急性炎症效果好得多。（1958年）

刘致一，独取昆仑穴针刺治疗34例牙痛病人，结果即时止痛者28例，痛减轻者5例，无效者1例。（1962年）

邓世发，针刺合谷、冲阳穴治疗牙根尖周炎性疼痛702例，结果在566例不敏感类型的病人中，优良级有328例（占57.95%），在132例稍敏感类型的病人中，优良级为100例（占75.75%），在4例敏感类型的病人中，优良级为4例（100%），各经络敏感类型，所出现之针刺镇痛优良率随经络敏感程度增高而增高，经统计学处理，差异非常显著。

评述

牙痛的致病关键在于"火"，包括实火和虚火，清热泻火为其治疗原则。

针刺具有止痛消炎的作用，治疗牙痛效果较佳，尤其在即时止痛方面更为突出，但由于牙痛的原因较为复杂，因此必须明确诊断，并针对病因进行彻底治疗。

一般来讲在牙痛发作时针刺较易奏效，牙痛程度轻者较牙痛程度重者疗效好，针刺感应越强，效果越佳。

本病患者必须口腔卫生，尽量避免热、冷、酸、甜等刺激，以防激惹复发。

刘炎　许建敏

第五节　职业病及其他

职业病，是指在生产环境中受物理、化学、生物等有害因素而引起的各种疾病，不同职业从事不同有害因素工作，接触不同的有害因素，就有可能发生不同的中毒性疾病。职业病一般分急性和慢性。通常在一次或一个工作班内接触有害因素而在短期内发病的均属急性。由于长期受到有害因素的影响而成病则为慢性。职业病种类繁多，均由于接触有害因素（性质、时间、数量）而致病。但与人体对有害因素防御能力的强弱有关，另外有害因素对人体组织的损害和器官功能的影响有一定的选择性，因此致病范围、程度也就各不相同，有整体的也有局部的，其临床表现可涉及到人体各个系统以及皮肤五官等组织。临床辨证急性病属实证，慢性病虚实夹杂，针灸应用于职业病方面过去并不普及，因此缺乏经验，具体治法可参照内科、皮肤、眼耳鼻喉科的有关部分。

黄獴明

一　放射病

放射病，是由于电离辐射作用于人体所引起的一种全身性疾病。人体在接触射线超过最大允许量时经一定时间（时间长短视剂量大小而决定）可导致一系列的临床表现。

其中以造血功能障碍、出血、感染和胃肠道损害为主，也可引起中枢神经系统及性腺损害，最后导致代谢紊乱、全身衰竭。根据病情的缓急不同，可分为急性放射病和慢性放射病。

病因病机

放射病大多由于恶性、慢性疾病，经放射治疗，日久不愈，精气难复，也可由于放射保护失控而致。其证候虽繁，但不离乎五脏，而五脏之伤，又不外阴阳气血，中医学可将其归于"虚劳"的范畴。根据放射线对人体的作用可分为外照射（r、x射线）和内照射（α射线），而β射线可产生外照射，进入体内可产生内照射。可抑制骨髓的造血功能及损害神经、内分泌和胃肠功能，也可影响皮肤营养障碍，导致全身性反应。

临床表现

1.急性放射病：多发生于战争时核爆炸和工作中意外事故，在短时间内一次大量照射所引起的全身性综合征。临床可分为四期：①初期，以神经和胃肠道功能损害为主。表现为酒醉状，头昏、乏力、食欲减退、恶心呕吐、腹泻等，血白细胞升高。②假愈期，初期证候消失，但造血功能障碍加重，血白细胞和淋巴细胞进行性减少。③极期，初期症状再现，造血功能明显抑制，发烧，出血，电解质紊乱，全身衰竭。④恢复期，症状减轻，体温下降，出血停止，造血功能逐渐恢复。局部照射可出现皮肤红斑、水疱及不易愈合的溃疡，多伴有脱发。

2.慢性放射病：有明确的长期放射线接触史，有较长期外周血象改变，白细胞明显和持续下降，红细胞变化不明显，主要表现有：①神经衰弱和植物神经功能紊乱，如头晕，乏力，记忆力障碍，食欲不振，恶心呕吐。②内分泌改变，男性性欲减退，阳萎，女性月经不调。③皮肤营养障碍，毛发脱落，皮肤干燥粗糙脱屑。④其他，如视力减退、晶体混浊，甚至放射性白内障。

辨证施治

治则：调补脾肾，化气生血。

处方：合谷（＋）　曲池（＋）　足三里（＋）　三阴交（＋）（双）　大椎（＋）

头昏失眠，可配印堂、太阳；呕吐腹泻，可配内关、中脘；阳痿或月经失调，可配关元、太溪；视力减退，可配睛明、光明。

穴方简释：大椎、合谷、曲池、足三里、三阴交，意在扶助正气、补益脾肾。源在"损者益之"，"劳者温之"，"虚则补之"，气盛则血生。大椎、合谷、曲池、足三里，都能升高血白细胞、改善放射反应；印堂、太阳，能醒脑安神；内关、中脘，善调脾胃功能；关元、太溪，能补肾助阳；睛明、光明，可利眼明目。

操作方法：得气后用烧山火法，留针20分钟。睛明用捻转补法。

疗程：每日1次，10次为一疗程。

其他疗法

艾灸：取大椎、膏肓俞、足三里。

酌情选配 曲池、关元，按照瘢痕灸法直接操作，每穴每次5壮，每日1次，10次为一疗程。

经验选要

有人报道33例放射性反应，均为癌证患者放射性白血球减少症。接受针灸治疗前血白细胞都远低于正常值，大多数经用针灸治疗1次后在次日或1周内白细胞皆有上升，其中经1次治疗后白细胞比针前增加者有26例，占79.6%，还有3例在第2次针灸后白细胞数比原来增加40%，总有效率为91%。而且发现针灸并用比单针的疗效要好；针灸次数与白细胞升高有效维持时间成正比。

有人报道9例放射反应，针灸在不减少放射剂量的情况下进行。其中①白细胞减少组7例，取大椎、大杼、脾俞、胃俞、足三里、三阴交，结果4例达到正常范围，1例有明显升高，未升高者都有原因可查。②胃肠道症状组6例，取上脘、中脘、气海、关元、章门、足三里、三阴交等穴，结果仅1例无效，其他胃肠道症状都有显著改善。③神经系统症状组2例，取百会、上星、头维、神门等穴，结果1例显著改善，1例无效。三组病人均用平补平泻手法，留针20分针，部分病人并用艾条灸，以灸至局部皮肤潮红为度。隔日针灸1次，10～14次为一疗程。

评述

放射病目前尚缺乏有效的治疗方法，多年来针灸治疗本病积累了不少经验，对一些轻症患者有很好的效果，对重症患者配合应用也有一定的疗效。需要进行放射治疗的患者同时配合针灸治疗，有预防和减轻放射反应的作用。从事放射源的工作应加强安全保护措施，杜绝事故的发生，并要建立保健制度，定期查体；急性放射病须应立刻脱离放射源，皮肤伤口污染放射性物质应合理洗涤。严重患者，应当中西医结合治疗。针灸治疗期间，应注意休息和营养，也可配服大量维生素。

万达敏

二 冻疮

冻疮，是由寒冷作用于机体所引起的体温调节功能障碍，血液循环和组织代谢不良而造成的局部组织损伤，个别患者也可有全身冻伤。冻疮是冬季的常见病，一般在气温10℃以下发生，多发于儿童、妇女和血液循环不良的患者。冻疮好发于外耳、指（趾）伸面、手背和足跟等处，局部肿、胀，严重时可以产生水疱，疱破后形成溃疡。有冻疮史的人，遇冷则发。目前对冻疮的治疗没有理想方法，而针灸对冻疮有一定的治疗效果，故也为临床所采用。

病因病机

风寒邪气入侵肢节，流窜经络，寒为阴邪，其性凝滞，邪气壅阻，气血凝塞，脉络不通而瘀阻。中医学将其归于“瘀血”的范畴。现代医学认为，由于气候寒冷，真皮毛细血管和小血管反射性收缩，导致局部血液停滞，组织缺氧，细胞受损后释出组织胺类物质刺激血管使之扩张，充血，组织水肿。若水肿加剧，真皮与表皮分离形成水疱。若受冷过甚，可引起小血管内膜炎和血栓形成，导致局部组织坏死。

临床表现

初起为局限性红斑或青紫色肿块，触之冷凉，压之退色，有痛感，受热后加剧。重者，肿胀加剧，表面可发生水泡，内含淡黄色或血性浆液，疱破后形成糜烂或溃疡，有疼痛感。根据冻疮程度，临床可分为四度：

Ⅰ度：局部皮肤苍白，发绀，轻度水肿，刺痒灼痛，愈后无疤痕遗留。

Ⅱ度：局部肿痛，出现水疱。

Ⅲ度：局部皮肤发黑，坏死，感觉麻木，愈后有疤痕遗留。

Ⅳ度：局部组织坏死，溃破，发黑，脱落。

辨证施治

治则：温经活血。

处方：阿是穴（－）　大椎（＋）

酌情选配内关（＋）、足三里（＋）。

穴方简释：阿是穴，行补法在于温通局部经气，起到活血散瘀的作用；大椎，行补法在于提高全身的阳气，增强抗寒能力。

操作方法：局部冻疮者，可取冻疮周围阿是穴，针入后行补法，然后在针柄上装艾绒３～５壮；大椎，可行烧山火手法。全身冻疮时，应取大椎、内关、足三里，进针得气后用提插捻转补法，留针30分钟。

疗程：每日１次，10次为一疗程。

其他疗法

1.艾灸：取冻疮局部，先行点刺法，然后使用艾条薰灸患部，每日１次，每次15～20分钟，10天为一疗程。也可用药灸器治疗。

2.皮内针：取冻疮中心部，消毒后，将皮内针埋于冻疮的中心部，然后以胶布固定。３天为一疗程，一般适用于Ⅰ～Ⅱ度患者。

3.梅花针：取胸腰部、患部阳性物处，配以内关、外关、合谷、足三里，检查患部阳性征，在相应脊柱两侧也可触及条索状或结节压痛，然后以梅花针局部扣刺。冻疮在上肢的，加刺颈椎４～７两侧、内关、外关和合谷；冻疮在下肢，加刺腰骶部足三里、小腿内侧等。一般中度刺激，患部应密刺，每日１次，10天为一疗程。局部溃烂者可轻刺患部周围。

经验选要

林文法等，选用药灸器灸治冻疮患者22人（其中Ⅰ度13人，Ⅱ度2人，Ⅲ度4人），取穴一侧前臂的三阳络至外关处，每日1次，每次一支药棒（约燃4小时），7～10天为一疗程。结果痊愈8人，显效7人，好转4人，无效3人，治愈率36.36%，有效86.36%，并观察到患者的手指血流图好转。

评述

冻疮是临床常见的疾病。针灸治疗应着重预防，易患冻疮者，每年在入冬前接受针灸治疗可以预防再次冻疮。针灸治疗期间应注意适当保暖，平素应加强对寒冷的锻炼，促进血液循环，提高机体的耐寒力，受冻部位不宜立即烘烤及用热水浸泡。针灸能提高局部的抗寒能力，改善冻疮部的血流循环，是临床可取的方法之一。若冻疮面积较大出现休克，应中西医结合抢救。

万达敏

三　高山适应不全症

高山适应不全症（高山病），是指在高山上（一般是在3000米以上），由于气压急剧下降，氧分压降低所引起缺氧等一系列症状。它是机体对高山及高空环境的反应过程，也是一个疾病过程。临床可分急性高山病和慢性高山病两种形式，如不及时治疗，最后都可危及人的生命。该病发生在高山地区高空作业的人，针灸可作为慢性高山病患者的辅助治疗方法。

病因病机

本病起因大多由于高原空气稀薄，吸入氧气不足，而致十二经脉气血紊乱，逆乱于经隧而致，其中与心经、肺经、脾经、肾经和督脉最为相关；亦可因元阳素虚，风寒邪气过重，侵入机体，正虚不能御邪而致。在疾病严重阶段，中医学可归于“厥证”的范畴。现代医学认为，高山以及高空环境对机体的致病是多方面的，如大气压力降低，氧分压降低，温度的变化及紫外线，宇宙射线等等，其中最主要的因素是缺氧，使机体发生严重障碍，出现各种症状，其后果随上升的高度，进行的速度，停留的时间以及个体的体质特征而异。

临床表现

1.急性高山病：发生于进入高山后的初期。病人可呈现高山反映，如弊气、心慌、心率加快，甚至左心衰竭；头痛、头重、头昏、失眠和手足麻木；腹胀、腹泻、恶心、呕吐、不思饮食；全身水肿等。严重者可出现高山性肺水肿，发病急，病程短，可见头晕、头痛，继而气喘、咳嗽、胸痛、咯粉红色泡沫样痰，呼吸困难、发绀等。伴感染者，有低热，可威胁人的生命。也可出现高山昏迷，昏迷前反应迟钝，可出现不思饮

食，嗜睡等症状。

2.慢性高山病：一般有高山作业史，发病在数月数年以后，亦可由急性型迁延而致。其症状与急性高山病相似；血红细胞及血红蛋白都可有明显的升高，这是其特征之一，也可出现高山出血症、低血压症、高山性心脏病等。

辨证施治

治则：温阳益气。

处方：大椎（＋）　合谷（＋）　足三里（＋）　曲池（＋）　肺俞（＋）

出现神经系统症状及厥逆时，可配人中（＋）、素髎（＋）；出现心经症状，可配心俞（＋）；出现脾胃症状，可配脾俞（＋）、胃俞（＋）等等。

穴方简释：大椎，为督脉诸阳之会，针之能调和诸经血气；曲池、合谷，属手阳明经，阳明为多气多血之经，刺之能辅助大椎发挥功效；足三里，善补人之正气，以抗御风寒重邪；肺俞，为背俞穴，可疏通肺经经气，调和气机；人中、素髎，用于重症病人以醒脑苏厥；心俞、脾俞和胃俞，都善治其相应脏腑疾病。

操作方法：大幅度捻转提插，用重刺激手法。

疗程：慢性患者10次为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取神门、皮质下、肾上腺，配以心、肺、脾、胃、脑点，选取主穴，根据疾病出现心、肺、脾胃及神经等症状，酌情选用配穴。酒精消毒后揿钉式皮内针埋藏，每日选一侧耳穴，留针2～3天。慢性患者10次为一疗程。

2.艾灸：取百会、脐中、气海、关元，配以足三里、心俞、肺俞、脾俞，每次选2个主穴，根据症状选用配穴，以艾柱或艾条灸，壮数不限。往往用于有厥脱症状者。慢性患者10次为一疗程。

评述

针灸疗法只能作为慢性高山病的一种辅助疗法，疾病严重者及急性高山病应配合现代医学积极治疗，如吸氧、使用抗生素，心衰者当用毒毛旋花子K，肺水肿当用氨茶碱及高渗葡萄糖等。应嘱初入高山者加强体育锻炼，实行阶梯上升逐步适应，也应注意休息，减轻劳动量，注意防冻保暖，生活上应少食多餐，以易消化营养丰富的食物为宜。

针灸治疗严重的高山病患者，尚须进一步探讨。高山病患者脱离高山区，将有助于恢复健康。

万达敏

四　戒烟

针灸戒烟，是指应用针灸疗法消除吸烟患者对烟叶制品的瘾癖，消除中断吸烟后出

现全身软弱无力，烦躁等症状。吸烟能危害人体的健康，与许多疾病的发生相关，如能引起肺癌和心脑血管疾病，影响胎儿的生长发育，而且能促进人体的衰老，针刺能通过脏腑经络的功能帮助吸烟者解除瘾毒，健全人的体魄。

病因病机

中医学认为，吸烟是由于吸入烟毒，刺激脏腑使气血功能失调，是吸烟成瘾的基础。根据症状从经络脏腑病因分析，吸烟与心经、心包经、肺经、脾经、胃经等相关，与肺气失调最相关。现代医学发现，烟草中含有尼古丁、焦油、氨、氰酸、一氧化碳等化学物质，对人体有各种毒害作用，吸烟后通过垂体释放促肾上腺素，血浆皮质醇含量增高，其成瘾也与脑内吗啡样物质有关。

临床表现

吸烟成瘾，吸入后有清醒，欣快感。由每日几支多达几包，吸烟量大小不等。一般有半年至一年以上的吸烟史，对烟叶有较大的依赖性，否则难以胜任正常工作，停吸后可出现软弱无力，烦躁不安，咽喉不适，呵欠连作，视觉朦胧，感觉迟钝等一系列临床表现。

辨证施治

治则：调和气血，通络解毒。

处方：合谷（－）　列缺（－）　足三里（－）　孔最（－）

咽不适，加颊车（－）、三阴交（－）；烦躁，加涌泉（－）、神门（－）；视朦，加睛明（－）、风池（－）；头昏，加印堂（－）、百会（－）。

穴方简释：泻刺合谷、足三里、列缺、孔最，能疏泄阳明和手太阴经气血而清蕴毒。泻心经原穴神门，有清心宁神之功；刺三阴交、颊车，能疏通咽部经络，刺涌泉，能补肾益脑，睛明、风池，能明目；印堂、百会，安神镇静。

操作方法：得气后提插捻转泻法，瘾发时当多捻转，留针20～30分钟。

疗程：每天2次，10天为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取神门、交感、肺、皮质下，配以肝、胃、戒烟Ⅰ区（肺和气管之间的敏感点）、戒烟Ⅱ区（肾上腺周围的敏感点），每次选2～3个主穴，根据需要选用配穴，双侧耳穴交替使用，针前在耳穴上用酒精棉球消毒，同麦粒型皮内针沿皮下刺入约1厘米，用胶布固定，嘱病人揉按埋针俞穴，4天为一疗程。平时可嘱病人经常自行用手搓压埋针部以增强针感，控制瘾癖发作。

2.电针：取合谷，足三里双、耳穴神门、交感，配以颊车、孔最，每次取2穴，每日1次，针刺得气后反复轻插重提，大幅度快频率捻转，然后接电针仪以连续波通电15分钟，电流量以能耐受为度。10次为一疗程。

3.穴位注射：取耳穴交感、神门、肺、胃。

方法：双耳交替使用，每日1次，每次选2穴，每穴注射0.9%氯化钠液0.3～0.5毫升，5次为一疗程。

4.激光：取耳穴肺、心、胃、肝，配以外耳道、耳屏，对耳屏周围的敏感点，用氦-氖激光束直接向耳穴或敏感点照射，每周2次，每次25～30分钟，8次为一疗程。

经验选要

雷振萍等，观察了针灸戒烟108例，患者吸烟史2.5～20多年，吸烟量10～60支/日，取双侧合谷和足三里，每日针1次，每次取1穴（二穴交替使用），10次为一疗程，针刺手法轻插重提，大幅度快频率捻转，并电针15分钟，所针穴位再用皮内针刺入1厘米，胶布固定，按揉1～2分钟／日2～3次。结果：有效（不想吸烟，停针1个月内不再吸烟者）82例，占75.9%，无效26例，占24%。吸烟史长者疗效差。

居贤水等，观察针刺戒烟80例，取双侧耳穴神门、戒烟Ⅰ区、戒烟Ⅱ区，每次针6个穴，通电30分钟，隔日1次，治疗1～3次。结果显效（完全停止吸烟）38例，有效（每日吸烟量减少2／3以上）11例，无效9例。在治疗过程中有部分人感到针刺后再次吸烟时，烟呈苦味或喉部干燥或乏味，故减少吸烟次数。

评述

临床针灸戒烟者有一定疗效，目前以耳针戒烟最为常用，"耳为宗脉所聚"，针刺耳穴可以通过经络神经的调节作用去除烟瘾，治疗后吸烟量可明显减少，烟味可有显著改变（变苦，变辣，变凶，变淡无味，青草味，枯焦味）而不想吸烟，并有镇静安眠止痛和呼吸道病症减少等自觉良好反应，远期疗效也较显著。

针刺疗效与肾上腺系统活动机能感应有关，也与脑内吗啡样物质有关。针刺能有效地降低吸烟患者体内高水平的肾上腺素、去甲肾上腺素、多巴、多巴胺、降低吗啡成瘾血浆中促肾上腺素及皮质酮的水平，调整血浆亮-脑啡呔的含量而达到戒烟的疗效，针刺也可以引起植物神经的兴奋和相互抑制，通过神经递质和内分泌的改变而影响红细胞膜脂区的流动性，以使红细胞自身血浆电泳时间恢复到基础水平，故针刺是临床戒烟的有效方法。

在接受针刺戒烟期间应紧密配合卫生教育，以提高其戒烟毅力，使吸烟者充分认识到吸烟对身体健康的危害和戒烟的好处，以增强信心取得协作。同时，嘱病人增加饮食营养，参加各种娱乐活动以分散病人的注意力，也可适当内服宁神益志中药或维生素类药物，以增强体质。治疗期间病人不宜喝茶、咖啡和其他含有尼古丁及咖啡因的饮料。

万达敏

五　减肥

肥胖，是指热量摄入超过消耗或由人体生理生化机能改变而引起体内脂肪贮存过多，体型肥胖，体重超过标准重量10%（也有认为是20%）而言。若伴有一系列代谢失调或神经官能症状，则为肥胖症。肥胖的部位，常表现为颈、小腹和臀部脂肪明显积

聚。临床上有单纯性肥胖和继发性肥胖之分。由于肥胖症易于并发动脉硬化、高血压、糖尿病、痛风、胆囊炎、胆结石、阳痿和月经不调等多种疾病，肥胖也可加速人的衰老，而且卒死率明显增高，故必须引起临床的重视。针灸对肥胖症有较好的疗效。

中医学对肥胖早有记载，称之为肥人。《医门法律》也有“肥人湿多”的描述，指出了其病理，而“脾为生痰之源”，临床治疗多从脾胃、痰湿着手。

病因病机

素为痰湿之体，后天失养，或过食甘美之品，饮食不节，脾胃气机凝滞，痰湿内生，痰湿无处不到，化为油脂堆积。疾病严重者，后期可兼有脾胃虚弱、肾阴不足，肝阳偏亢等症状。现代医学认为，本病可有体质性因素引起，或因营养过度，摄入量超过机体热能消耗而致脂肪积聚，或因神经、内分泌及代谢失调有关，或具有遗传因素，或因长服蛋白合成剂、激素类药物而引起。

临床表现

单纯性肥胖症，又可分为体质性肥胖和外源性肥胖两大类。体质性肥胖，是由脂肪细胞的数量增加所致，与25岁前营养过度有关，有时有肥胖家族史；外源性肥胖，是指25岁后营养过度而引起脂肪过多，多有嗜食肥腻甜品史。单纯性肥胖，无明显的神经、内分泌功能障碍的症状，主要是体重肥胖，可伴有畏热、多汗、乏力、易疲劳、头痛、心悸、呼吸短促、腹胀等症状，舌苔多薄腻或舌胖质淡，脉濡滑。

继发性肥胖症，除了肥胖症状以外，还伴有相应的神经、内分泌及代谢功能失调的症状。其诱发因素较多，可因间脑、垂体、皮质醇分泌过多，甲状腺机能减退及胰岛病变引起，可伴有这些原发病的各种证候。如因长期服用蛋白合成剂及激素类药物致肥，停药后可逐渐渐减退。

辨证施治

治则：单纯性肥胖症，以健脾化湿、调和气机为主；继发性肥胖症，还应根据不同病机辨证论治，脾胃气虚者当健脾益气，肾阴不足者当填肾滋阴，肝阳偏亢者当平肝潜阳。

处方：足三里（＋）　丰隆（－）　三阴交（－）　曲池（－）（双）

脾胃气虚者，加脾俞（＋）、胃俞（＋）；肾阴不足者，当补三阴交，另加肾俞（＋）、三焦俞（＋）；肝阳偏亢者，加太冲（－）、太溪（＋），神疲心悸，加内关（－）、四神聪（±）；头痛，加风池（－）、太阳（－）；腹胀，加中脘（－）、胃俞（－）；多汗，加合谷（－）、复溜（－）；阳痿或月经不调，加刺命门（－）、关元（－）、肾俞（－）。

穴方简释：针刺足三里、丰隆、三阴交、曲池，能健脾胃、祛痰湿、利气机、脾俞、胃俞，为背俞穴，能健脾益胃；肾俞，可补肾滋阴，泻太冲、补太溪，能平肝滋肾，刺内关、四神聪，可宁心益神，刺风池、太阳，能清上扰之风邪而去头痛。胃俞、中脘，属胃经俞募穴，刺之能健运脾胃而去腹胀。命门、关元、肾俞，能调和肾气。

操作方法：针刺手法在得气后用提插捻转补泻法，留针20分钟。

疗程：每日治疗1次，1个月为一疗程。

其他疗法

1.耳针：取胃、神门、内分泌。食欲旺盛者，加肌点、渴点；嗜睡，加丘脑、皮质下；汗多，加三焦、交感；心悸加心、肺。

操作方法：耳穴酒精消毒后，揿针埋藏或王不留行籽置于胶布并贴于耳穴，每次一耳2～3穴，轻轻按摩20～50次，以酸胀不疼为度，每5天交换1次，1个月为一疗程。平时可嘱病人饭前作适量按摩。

2.艾灸：取阳池、三焦俞，配以地机、命门、三阴交、大椎，每次选主穴及配穴各一，常用隔姜灸法，艾柱高1厘米，底部直径0.8厘米，姜片厚2毫米，每次5～6次，每日1次，1个月为一疗程。

3.梅花针：取颈椎4～7、胸椎8～12两侧阳性物、三足里、中脘、内关、大椎。性腺机能不足为主的肥胖症，重点加刺胸腰部和小腿内侧；肝脏疾患引起的肥胖症，重点加刺后颈、骶部、肝区和上腹部；妇科病引起的肥胖、重点加刺腰骶部、腹股沟及带脉区。在脊柱两侧触及条索或泡状软性物、压痛点，用梅花针作较重或重刺激叩击。叩击腹部时让患者站立作深吸气动作。

经验选要

李士杰等，观察针刺治疗肥胖症253例，年龄13～65岁，体重69.5～157公斤。选耳穴三焦、肺和内分泌三穴轮流使用，用揿针每次埋1穴，留针5天，6次为一疗程。结果体重减轻3公斤到大于10.5公斤者占196例(77.5%)，无效（体重下降小于2.5公斤）者57例。其中以三焦穴效果最佳，肺穴次之。而且以年龄小于45岁，体重大于91公斤，能坚持治疗4个疗程以上者疗效较好。

陈俊鸿等，观察针灸治疗单纯性肥胖30例。分成灸治组15例，选阳池、三焦俞等穴位，隔姜灸法，每日1次，每次5～6壮，1个月为一疗程。耳针组15例，取双耳甲腔左、右上肺，左、右下肺各为1组，揿针埋藏胶布固定，5天交换1次，1个月为一疗程，配以按摩。结果灸15例中，5例有效，最多体重下降4公斤，最少1.5公斤；耳针15例中，8例有效，体重最多下降5公斤，最少2公斤。

评述

针灸治疗肥胖症，能调理脾胃气机，祛除体内痰湿。临床对于单纯性肥胖有一定的疗效。目前临床耳针使用较为广泛，因为耳廓的神经和血管最为丰富，尤其是耳甲腔三角窝，刺激该处的神经有调整机体代谢平衡失调的作用。临床也有耳针与体针、灸法并用的，综合运用针灸疗法可以增强疗效。但对发育中的少年和老年性肥胖，乃至针后有饥饿者疗效欠佳，妇女在服避孕药时也会影响疗效。继发性肥胖，尚须结合诱发因素，顾及原发性疾病进行辨证施治。

在针刺时，应配合其他辅助疗法，主要是控制饮食和坚持体育锻炼。建议病人控制

盐、蛋白质、脂肪和糖类的摄入，多食蔬菜。体育锻炼，可采取做体操、气功、打太极拳、跑步等形式，按照循序渐进的原则进行，适量的运动不但可提高低下的肌张力，促进体内的循环和新陈代谢，而且可以消除一部分热量，减少聚积的脂肪。

万达敏

第十四章　针刺麻醉

麻醉技术的发展，总是随着外科学的发展而发展的。人类在生产和生活实践中为了采用手术治疗各种外科疾患，就必须寻求具有明显止痛作用的麻醉方法。公元141～203年间我国著名外科学家华佗发明了“麻佛散”，作为全身麻醉剂，进行剖腹手术。近代麻醉学大体上分药物和非药物两大类。药物麻醉，可分为全身麻醉、局部麻醉、复合麻醉三类。非药物麻醉，又可分为电麻醉、冷冻麻醉和催眠麻醉等。近世纪药物麻醉发展比较迅快，但对人体有一定的副作用，因此能在非药物麻醉中找到一种效果好、副作用少的麻醉方法，难度是很大的。针刺麻醉就是通过针刺人体经络穴位和针刺手法诱导，使病人在清醒状态下能顺利完成手术的一种新的非药物麻醉方法。五十年代，我国针灸专家在临床实践中发现针刺止痛方法用于外科手术后的疼痛，确有良好的疗效，于是大胆设想是否可以手术以前代替药物麻醉，实践结果，设想变成现实，这是针刺麻醉的萌芽时期，实际也是为针刺麻醉的形成奠定了基础。

第一节　针刺麻醉的诞生与发展

1958年8月30日，上海市立第一人民医院耳鼻喉科与针灸科密切合作，以针刺止痛代替药物麻醉，并创用术前针刺诱导方法施行扁桃体摘除术获得成功，第一批47例临床效果总结，申报上海市卫生局，并发表在同年11月出版的第二辑《中医研究工作资料汇编》上；1959 1月年又在第一期《上海中医药杂志》上全文发表，题为《针刺应用于临床局部麻醉的初步观察》。这是世界上首次发表关于针刺麻醉的论文，同时又将此法用于无痛分娩、产后子宫收缩痛、甲状腺次全切除术均获得良好效果；引起国内医学界高度重视。1958年冬，陕西省西安市第四医院在中国医学科学院陕西分院电针研究所的合作下，于12月5日在耳鼻喉科、口腔科和妇产科采用电针麻醉方法，成功地完成了扁桃体摘除术、拔牙、人工流产刮宫术、腹股沟疝修补术等手术；12月28日得到卫生部致函祝贺，并将“电针穴位刺激代替麻醉手术成功”呈报国务院。

1959年春卫生部在西安市召开了全国第一次针刺麻醉现场会议。以西安市第四医院为例，1958年12月5日至1959年3月27日止应用针麻进行手术达67种，共875例。其中超

过20例的手术计有扁桃体摘除术、鼻息肉摘除术、人工流产刮宫术、阴道式全子宫切除术、拔牙、腹股沟疝修补术、阑尾切除术、睑内翻矫正术等。主要采用循径取穴的办法，效果令人满意。1959年12月他们编写了世界上第一部有关电针麻醉的专著《针灸麻醉》，由陕西人民出版社出版。

1980年以后，针刺麻醉在总结过去研究工作经验的基础上，制订了科研规划，并对针麻工作进行了必要的调整，强调保证病人不受痛苦，合理采用辅助药物，并进一步开展了针刺复合麻醉，多种针麻手术临床规范得到不断修改和补充，使之更加完善。针刺麻醉甲状腺等八种效果稳定的针刺麻醉手术已先后通过医学专家们的科学技术鉴定，获得国家科学技术奖励。

马廷芳

第二节　概念与分类

一　针刺麻醉与针刺麻醉学的含义

针刺麻醉是在中医学的基础上，应用针灸方法刺激穴位，激发机体内部产生一系列适应性的、整体的、有序的机能调整过程，从而改变了原有的机能状态，提高了机体痛阈、耐痛阈，增强了神经、循环、消化以及免疫等重要生命系统的适应调节能力，使病人（含动物）处于清醒状态下而能够安全接受外科手术之一种新的临床麻醉方法。

针刺麻醉学的内容是，研究针刺麻醉的作用原理，改进针刺麻醉的方法和技术，掌握适应症和禁忌症等临床规律，以便在保证病人安全的基础上提高针刺麻醉临床效果，防止由于手术创伤而出现的副作用和并发症。

二　针刺麻醉的分类

有按针刺的部位分类，也有按针刺的方法不同而分，但其理论基础与发展来源均以中医学经络脏腑学说为基础，结合现代科学知识及临床实践而衍生出来的，因此均列为针刺麻醉的范畴。

1.按针刺部位：

（1）针刺经穴麻醉：是以中医学传统的经络脏腑学说为指导，循经或局部取穴，然后施行针刺，应用不同针刺手法或不同的电刺参数来达到使病人麻醉的目的。这是当前应用较为普通的针刺麻醉方法。

（2）耳针麻醉。

（3）鼻针麻醉。

（4）头针麻醉。

分按耳、鼻、头（亦称头皮针、颅针）针的穴位进针的麻醉方法。

（5）督脉针（或脊中穴）麻醉：是从督脉上的脊中穴进针达到脊髓硬膜外腔通以电

流的麻醉方法，操作上有一定的难度，但对某些手术效果尚好。

2.按针刺方法：

（1）手法运针麻醉。

（2）电针麻醉（包括声电针）。

（3）留针麻醉。

（4）不留针麻醉。

（5）指压麻醉。

（6）激光穴位照射麻醉。

后两种方法虽不用针，但刺激的部位仍然是经络穴位，所以也可归属于“针刺麻醉”的范畴。

3.针刺复合麻醉：

即以针刺为主，辅以上述激光穴位照射或小剂量麻醉药物（剂量小至单独使用不能满足外科手术需要），以取针刺麻醉与药物麻醉两者之所长。当前大致有三种形式：

（1）针刺与麻醉辅助药、局麻药复合。

（2）针刺与硬膜外麻醉小剂量用药复合。

（3）针刺与全身性麻醉复合。

上述无论哪一种形式的复合，首先均应保持针麻的特点，否则就失去了针刺复合的意义。其次是能节约麻醉药用量，为手术创造了比单纯针麻更为优良的条件，无痛率要有明显提高。这样不仅充分发挥了针刺麻醉的优越性，同时也有利于针麻的推广应用。

针刺复合麻醉是否能取得良好的效果，主要依靠复合用药的时机、部位和用量。如果复合不当，不仅达不到复合的目的，还有可能互相抵消了麻醉的作用。据上海医科大学针灸原理研究所新近研究表明，芬太尼、哌替啶、羟哌氯丙嗪、芬氟明、四氢大麻酚，均能明显提高针刺镇痛作用；而芬太尼分别与氟哌啶和芬氟明合用，可进一步提高针刺镇痛效应，舒必利对针刺镇痛无明显影响；而氯胺酮和安定则具有拮抗针刺镇痛的作用，可称为针麻减效药。

第三节 作用与特点

在外科手术中，不仅存在着因手术创伤而引起的疼痛问题，而且在某些情况下，还存在着内脏牵拉反应、创伤性休克、手术感染和术后康复等问题。不仅要求使病人能安全度过手术关，还要求术后不出现副作用和并发症。

在上述概念的基础上，通过我国多年来的针麻临床观察与原理研究，可以确认针刺麻醉的作用有五：①镇痛作用；②抗内脏牵拉反应；③抗创伤性休克；④抗手术感染；⑤促进术后创伤组织的修复。

根据这五个方面的作用，可以看到针刺麻醉有着下列显著的特点：

1.安全：自1958年针刺麻醉问世以来，据不完全统计，我国已用针刺麻醉进行了二百余万例外科手术，尚未见到因针刺麻醉本身而造成意外死亡的报道。

2 无副、毒作用，适用范围广：针刺不仅不会引起病人严重的危害，而且对病人的某些疾病还有一些治疗作用，特别是对心、肝、肾等脏器功能不全而不易接受药物麻醉的病人，以及对麻醉药物过敏而又必须进行手术的病人来说，采用针刺麻醉较为有利，从而扩大了外科手术的适用范围。

3.头脑清醒，配合有力：针刺麻醉下病人处于清醒状态，便于同医生配合，便于护理。病人在清醒状态下接受外科手术是针刺麻醉的一大特点，这对手术过程中需要及时查看病人感觉或运动机能状态是十分有利的。从而降低了麻醉药物对病人的副作用，也减少了某些手术引起的并发症。

4 以针刺调整机能，主动对抗手术中的不利因素：针刺除具有一定的镇痛作用外，还具有增强循环、消化、免疫等系统的适应调节能力。在临床中表现出具有一定的抗创伤性休克、抗手术感染和促进术后康复等作用。一般来说，采用针刺麻醉术中病人血压、脉搏比较平稳，术后各种脏器功能恢复较快，伤口感染率低，愈合早。

5.在临床作用中也有一定的生理限度和个体差异性：针刺对机体作用不仅有生理限度，并且有明显的个体差异。这一特点产生了针刺麻醉的一些不足之处，如镇痛不全、肌肉松弛不够和内脏牵拉反应。此外，临床麻醉效果也难以预测，给手术和麻醉医生带来一些情绪上的紧张。

总之，针刺麻醉具有安全有效、经济、术中对病人生理干扰少、术后病人伤口愈合早、疼痛轻、并发症少等优点。但是，针刺麻醉的镇痛有一定限度，为了克服这一缺陷，近期多采用针刺复合麻醉。对于针刺麻醉下在某些手术的肌肉松弛不够满意、出现牵拉反应等，则是亟待研究并加以解决的问题。

第四节　影响效果的因素

承认针刺麻醉的优越性，了解针刺麻醉的特点，就应该争取针刺麻醉的成功。为了取得针刺麻醉最佳的临床效果，必须注意以下六个主要因素：

1.个体机能状态：上述针刺麻醉对机体的作用存在着显著的个体差异。神经类型和心理状态、病人体质的强弱与针麻手术的效果均有一定关系。一般来说，神经类型的均衡型和抑制型较兴奋型的效果要好一些；对针麻有正确的认识、情绪镇静者，效果较好；年老体弱者，效果也比较好。

2.穴位相对特异性：从中医理论来看，穴位是从属于经络的，不同的穴位与脏器的联系途径、生理功能、病理反应等都不相同。因此，对于不同部位的手术需要采用不同的穴位处方。优选穴位是针刺麻醉成功的关键之一。

3.刺激条件：对穴位施以针刺的方式、数和量与针麻的效果也有密切的关系。刺激条件包括手法中的提插、捻转；电针的波型、波宽、频率和强度，以及穴位注射的药物性质和剂量。刺激条件又以其它影响因素的不同而有差异，有时还需要根据手术过程中不

同时期而改变刺激的条件。

4.辅助用药技巧：包括用药的种类、剂量和时间，以及用药的部位均需灵活掌握。针刺麻醉常常由辅助药物的用法不当而遭到失败。

5.手术操作方案和技巧：这也是针刺麻醉成败的关键问题之一。由于针刺麻醉的生理效应是有限度的，因此，需要有外科手术者的充分配合，要设法缩短手术时间并减少手术创伤。在手术技巧上尽量做到稳、准、轻、快。

6.心理因素：由于针刺麻醉下的病人是处于清醒状态的，而针刺镇痛等作用又有一定的生理限度，所以术前给病人说明手术过程可能出现的情况、针刺麻醉的优越性等，以消除病人紧张状态，稳定情绪，无疑是必要的。术中医务人员的态度和语言也会影响到病人的精神状态，从而影响麻醉效果。

第五节　操作方法概要

一　选择适宜病例

自从1958年针刺麻醉创始以来，几乎各种类型的手术（包括难度较大的心内直视手术、颅脑手术以及危重休克病例等）都先后采用过针刺麻醉，总成功率可达到80%左右。因此，针刺麻醉基本上适用于各种手术。但在不同的手术中，其麻醉效果是有差别的。根据当前临床实践的情况来看，针刺麻醉效果稳定，Ⅰ、Ⅱ级率可以达到80%以上者，有甲状腺摘除手术、颞顶枕区及后颅窝手术、前颅凹颅脑手术、颈椎前路骨科手术、肺叶切除术、剖腹产、腹式子宫全切除术、输卵管结扎术、胃大部切除术、全喉切除术、上颌窦根治术、斜视矫正术、拔牙等。其他病种的手术一般也能显示出针刺麻醉的优越性，但其效果尚不稳定，在采用针刺复合麻醉方法后，效果是满意的。但是对四肢骨科和会阴部的一些手术效果较差。

此外，也应该注意病人本身的具体情况，如病灶复杂或诊断不明，需要广泛探查的手术，病人惧针或精神高度紧张，以及不能显示针刺麻醉的优越性而可采用其他麻醉方法更为有利者，就无必要勉强使用针刺麻醉。

对于心、肺、肝、肾等功能不良，以及年老体弱、病情危重等，特别是对麻醉药物过敏而不能采用药物麻醉的病人，针刺麻醉则是当前较为理想的麻醉方法。正是由于针刺麻醉的创用，才扩大了手术适应范围和手术治愈率。

二　术前效果预测

为了更有效地应用针刺麻醉，选择适应的病例，进行术前效果的预测，是提高针刺麻醉效果的一种手段。术前预测与术后效果进行比较研究也是探索针刺麻醉临床规律的一种方法。

当前术前预测方法可分为单项指标与多项指标两大类。单项指标测定中有下列几

种：

1.皮肤感知觉阈的测定：

（1）痛阈及耐痛阈测定：采用的方法有弹簧压力棒、千分表有齿镊及钾离子透人等测痛法。

（2）触觉阈测定。

（3）两点分辨阈测定。

2.植物神经系统机能状态的测定：

（1）血管容积脉搏波的描记。

（2）心（脉）率测定。

（3）心搏间距离变化测定，包括：①呼吸心率差，②立卧心率差，③30/15比值，④瓦氏（Valsalva）动作反应指数等。

（4）皮肤温度测定。

（5）呼吸波测定。

（6）皮肤电反射。

3.血液中生物活性物质的测定： 以放射免疫方法测定血清生物活性物质变化方法也可用作术前预测手段。如全子宫切除术前测定血清中雌二醇（E_2）和孕酮（P）值，凡血清中E_2含量增加效果多为满意。胃大部切除术中测定血清中胃泌素，如果变化趋向降低时，内脏镇痛大多数好。

4.其他：

（1）针感预测法。

（2）肾上腺术皮内试验。

（3）以神经类型为指标结合心理因素进行预测。

多项指标综合预测法，比单项指标预测法更能反映机体的机能状态。当前有将几项指标预测的结果，分为不同等级制定出预测评级标准的，其方法是：对针麻效果预先评级，然后与针麻手术的实际评级进行比较，计算预测符合率；有的用判别分析法及数学多元回归方法综合判定。多项指标符合率一般较单项指标为高，但不及单项指标方法简便易行。

三　优选穴位

确定针刺麻醉方案后，优选穴位是针刺麻醉的第一步骤。选择穴位多以中医学理论为主要根据，结合现代生理解剖知识和病人病情的需要而定，大致可分为：

1.循经取穴法： 又可分为同经取穴和异经取穴。一般根据“经脉所过，主治所及”的原理，先选取与手术切口部位和手术所涉及的经络脏腑表里有关系的经脉，再在这些经脉上选取最佳穴位。如胃大部切除术多选胃经上的穴位；而输卵管结扎术则选足少阴肾经上的三阴交穴效果较好。

2.辨证取穴法： 取穴时主要结合手术类别、手术过程可能出现的各种症候，以及对手术疾病有特殊疗效的主治穴位。如胃大部切除术中常见恶心呕吐、心律不齐等症状，

采用宁心安神的穴位配合，效果则可提高。

3.局部取穴法：中医学理论中有“以痛为腧”的原则，针麻时可以选取某些压痛明显和切口旁的部位进行针刺。也可以根据同神经和按神经节段分布施针，督脉针即是此法之一。

4.耳针、鼻针、头针：这些针刺麻醉则按现行耳针、鼻针、头针等穴位，根据不同病种选取最佳穴位进针。

四　确定手法

一般认为采用针刺进行麻醉时也与针刺治疗疾病一样，进针后必须出现“针感”(即得气)，然后进行手法运针及给以电脉冲刺激。

1.手法捻针，是针灸治疗的传统方法：针刺麻醉时多用小幅度高频率的捻转加提插手法，捻转频率多在200次/分左右，要求术者手法娴熟，用力均匀平稳，故较费力。为了解决术者的劳累，创制了手法模拟仪，以电驱动针达到捻转、提插的效果，临床应用效果很好。

2.电针麻醉的效果常取决于电刺激的参数：目前国内常用的电脉冲刺激器，主要有G6805治疗仪、57-6D电脉冲刺激器，BT-701治疗机等。电刺激参数中主要因素是刺激电脉冲的波形和频率。波形中有双相尖波、方波、正弦和矩齿波。电脉冲可以连续给予，也可以断续或疏密的方式给予。电刺激频率一般常用2～8赫兹的低频率或40～200赫兹的高频率。也有采用两种频率施于不同部位同时使用，或间断使用者。电针刺激强度则以病人能耐受为度。

3.穴位注射液：常用的注射液有生理盐水、维生素B_1、当归注射液等。根据肌肉厚薄不同，每穴可注入2～5毫升，耳穴每穴仅0.1～0.2毫升则可，手术中还可补加注射1～2次。

4.激光穴位：多采用氦-氖激光治疗仪，一般功率为3毫瓦，光斑直径小于1.0毫米直接照射选好的穴位皮肤上，照射时间每穴10分钟，可连续或断续照射。

5.诱导时间也因所用刺激方法和刺激参数的不同而异：诱导时间一般需要20～30分钟，根据实验研究证明，针刺麻醉需要一定的时间才能调动机体的机能活动，以提高痛阈。

五　合理使用辅助用药

辅助用药分为两大类。

1.术前用药：与其它麻醉方法一样，手术前一天与术前需要一些药物来镇定情绪，以保证呼吸畅通、循环机能正常，常用药物如哌嗜啶、吗啡、异丙嗪、苯巴比妥钠、芬太尼、氟哌啶醇、氟哌啶、安定、优降宁，以及某些抗胆硷能药，如山莨菪碱、阿托品、氢溴酸东莨菪碱等。

2.术中辅助用药：在针刺诱导期，病人仍表现烦躁不安、精神紧张或切皮时镇痛不

全时，应考虑给予镇静剂、安定剂或镇痛剂。但要注意不应使病人处于催眠状态，否则会导致不能清楚地反映感觉及主动配合手术，反而对针麻效果产生不良影响。

在切口局部出现镇痛不全，或事先估计可能出现镇痛不全时，可作局部浸润或阻滞，药物用量尽可能减少，以避免引起不良反应，影响针刺麻醉效果。常用有低浓度普鲁卡因、利多卡因或地卡因等。

马廷芳

第六节　组方与手法

一　颅脑手术

针刺麻醉已成为颅脑手术常用的麻醉方法之一。成功率可达90％以上。尤其是前颅凹手术，针麻效果可靠、重复性强。大脑半球肿瘤切除、鞍区肿瘤切除（垂体瘤、颅咽管瘤）、后颅凹肿瘤切除（听神经瘤、桥小脑角病变、环枢畸形）、三叉神经感觉根切断术，以及脑外伤清创缝合、颅骨修补、颅内血肿与脓肿清除术等均为针刺麻醉适应症。此外，脊髓肿瘤切除术等神经外科手术，针刺麻醉效果也较为稳定。

1.穴位处方与刺激参数：

（1）前颅凹手术：一般在患侧取穴，冠状切口则可双侧取穴。可加切口旁针以加强镇痛效果。用健侧攒竹透患侧鱼腰和患侧率谷透颔厌，前者电脉刺激用负极，后者用正极。以下三种处方可任选一种：①颧髎：频率8～16赫兹，用负极，正极置耳垂。②耳穴脑干透皮质下、神门透肾、交感与外肺四根针。频率8～16赫兹，前二针为负极，后二针为正极。③金门（负极）与太冲（正极），频率2～3赫兹。

（2）颞顶枕手术：①金门（负极）与太冲（正极），频率3～7赫兹。风池透安眠$_2$（正极）与上星透囟会（负极），频率16～32赫兹。②耳穴脑干透枕颞（负极）与外肺（正极）、神门透肾（正极）与交感透太阳（负极），频率皆为8～16赫兹。③上星透囟会，配以患侧风池、合谷与外关。

（3）后颅凹手术：①大椎透哑门（负极，皮下透针）与后顶透脑户（正极），频率为16～32赫兹；足临泣（负极）与翳风（正极），频率为3～7赫兹。②耳穴脑干透皮质下（负极）、神门透肾（负极）、交感、外肺，频率为8～16赫兹。

（4）颞前入路三叉神经根切断术：①合谷、颧髎患侧。②听会透耳门、颧髎、下关、合谷患侧。

（5）脊髓手术：①耳穴神门透肾、脑干透皮质下相应部位（颈、胸、腰）、外肺。②华佗夹脊穴、手术切口上两个椎体与切口下两个椎体处，左右各四穴。频率为16～32赫兹。

2.辅助用药：

（1）术前1小时肌肉注射苯巴比妥钠0.1克，有精神症状或过度兴奋者可增至0.2克；有癫痫发作史或估计术中可能产生癫痫发作者，除肌肉注射苯巴比妥钠0.2克外，

术前半小时还可肌肉注射5％大仑丁5毫升，或安定5～10毫克（肌肉注射或静脉注射），还可根据需要肌肉注射阿托品0.5毫克或东莨菪碱0.3毫克。

（2）在切皮前15分钟，肌肉注射或静脉缓滴哌嗜啶1毫克/公斤体重(或芬太尼1～2微克/公斤体重)及肌肉注射或静脉注射氟哌啶醇或氟哌啶5毫克。

（3）术前预测针刺麻醉效果可能欠佳者，可加1/1000肾上腺素3毫升或0.1％普鲁卡因或利多卡因不超过150毫升代替生理盐水作头皮下浸润。

（4）手术超过2小时，如需要，可追加原剂量的一半。

（5）术中如出现恶心呕吐，可适量用灭吐灵作内关穴位注射；颞肌疼痛可用0.5％利多卡因5毫升局部浸润；脊髓手术刺激神经根时亦可用0.5％利多卡因适量局部浸润。

3.术中注意要点：

除一般针刺麻醉和神经外科手术时应该注意的事项外，在颅脑手术的特点还要注意以下事项：

①翻开骨瓣时，防止损伤硬脑膜。

②皮肤和肌肉止血或硬脑膜血管宜缝夹止血，尽量少采用单极电凝。

③皮瓣和肌肉尽量避免钝性分离。

④冲洗手术野应用温盐水缓冲。

⑤手术过程中与病人保持密切联系，取得病人合作，严密注意病情变化。

4.特点：

（1）优点：

①安全，并发症少。

②对机体生理机能干扰少。

③能及时检验手术效果，最大限度地减少损伤。

（2）缺点：

①头皮镇痛不全。

②脑膜及鞍隔刺激反应。

二　眼科手术

针刺麻醉应用于眼科各种手术，据不完全统计，术式已超过30余种。包括各种抗青光眼手术（如虹膜切除术、虹膜嵌顿术、灼滤术等）、白内障手术（如囊内摘出术、囊外摘出术、线状摘出术等）、视网脱离术、斜视矫正术、球内异物摘出术、球体囊虫取出术、角膜移植术、角膜深层异物取出术、角与巩膜裂伤缝合术、结膜瓣遮盖术、结膜新生物切除术、翼状胬肉切除术、眼球摘出术、眼眶肿物摘除术、睑板腺囊肿刮除术、眼睑肿物切除术、睑内翻矫正术、上睑下垂矫正术、泪囊摘除术、鼻腔泪囊吻合术、泪小管修补术等。其中以青光眼、白内障、视网膜脱离、斜视四个病种做的较多。

1.穴位处方与刺激参数：

（1）青光眼手术：①取患侧阳白透鱼腰、四白透承泣或合谷、支沟两组穴位，任选

其一。②球后穴，即用2寸长毫针从下眶缘外侧刺入皮肤，先沿眶壁后稍斜向内上缓慢进入球后，患者感觉眼球发胀和麻木，诱导5分钟，术中留针，或诱导15～20分钟，术中不留针。③耳穴眼透目$_1$，加合谷穴。

以上处方在近手术端穴位及耳针穴上可用频率为1500～3000次/分。

(2) 白内障手术：①攒竹透鱼腰、四白、合谷。②太阳透下关、合谷、支沟。③中渚、列缺。④球后穴。

(3) 视网膜脱离手术：①患侧合谷、支沟、耳针肺、眼透目$_1$。②阳白透鱼腰，加新明穴。③中渚、列缺。

(4) 斜视矫正术：①阳白透鱼腰、四白透承泣。②中渚、列缺。③合谷、支沟。④耳穴眼、肺、神门。

2.辅助用药：眼科手术一般不给术前用药。但如果手术难度较大、刺激较强，手术时间长者，如眼内异物摘除等；或患者精神过度紧张者，可于术前1小时肌肉注射苯巴比妥钠0.1克，术前15分钟肌肉注射哌嗜啶1毫克/公斤体重。术中切缝结膜时可滴1%地卡因1～2滴。

3.术中注意要点：

(1) 切割结膜、角膜时器械要锐利，操作要轻柔，做到稳、准、轻、快。

(2) 眼肌牵拉固定时要柔和，不要强扯。

(3) 缝结膜时不用有齿镊夹结膜，缝针要锐利。

4.特点：

(1) 优点：

①安全，特别是对麻醉药过敏或药物麻醉有困难的手术尤为适宜，避免了药物麻醉过程中可能发生的并发症。

②组织解剖清晰，层次分明，有利于术中观察和手术操作。

③对斜视手术有独特的优点，可在术中观察眼位；准确地确定手术量。

(2) 缺点：

①镇痛不全，术中由于保护性反射引起肌肉紧张，给内眼手术者带来一定困难。

②诱导期延长了手术时间。

③有时术中出血较多。

三　耳鼻喉科手术

耳、鼻腔内中小型手术，若不涉及凿除大块骨质或出血不多者，应用针刺麻醉效果良好。但是，一些深部大型手术用针刺麻醉则难以取得满意效果，且不甚安全。所以耳鼻喉科手术可多采用针药结合的麻醉方法。

1.穴位处方与刺激参数：

(1) 鼻息肉摘除术：①合谷、迎香、颧髎。②印堂、迎香。③耳针外鼻、额。

刺激频率：3～4赫兹。

诱导时间：一般20分钟，术中不加刺激或持续刺激皆可。

（2）鼻中隔矫正术：①合谷、内庭、迎香、四白，频率2～4赫兹。②迎香透上迎香、印堂透山根，频率为40～50赫兹。

（3）上颌窦手术：①颧髎、四白，频率40～50赫兹。②合谷、支沟，频率3～5赫兹。

（4）鼻侧切开手术：①耳针肾上腺透内鼻、神门透交感。②四白、巨髎、合谷、支沟。

刺激频率：耳针及合谷、支沟4～7赫兹，巨髎、四白30～50赫兹。

（5）扁桃体切除术：①耳针神门透交感，肺、肾上腺透咽喉。②东风、合谷、内关。③鱼际、合际、颊车、内庭。④合谷、内关、内庭。

刺激频率：2～10赫兹或50～70赫兹。

（6）全喉截除术与喉重建术：耳针肺、神门透交感，合谷、列缺、内关、扶突、天鼎、气舍。

刺激频率：耳针及合谷、列缺、内关为2～4赫兹，扶突、天鼎、气舍为20～70赫兹。

（7）中耳乳突根治及重建术：①合谷、外丘、侠溪、内庭。②支沟、中渚、合谷、内关。③中渚、内关。④翳风、外关、太溪、耳门、耳迷路。⑤鼻针肺、耳；肺、头面或肺、咽喉、耳穴。

刺激频率：体针2～10赫兹，鼻针3～4赫兹。

（8）食道镜检查术：合谷、内关。

刺激频率：3～4赫兹。

（9）门诊小手术：上颌窦穿刺灌洗术取合谷、内关。咽鼓管吹张术取合谷、下关。鼓膜穿刺术取翳风透颅息，曲鬓透听宫、耳门或合谷、内关。

刺激频率：3～4赫兹。

2.辅助用药：

（1）术前用药：术前两小时可口服安定5毫克或苯巴比妥钠0.1克（肌肉注射），或者术前30分钟肌肉注射哌嗜啶1～2毫克/公升体重。精神紧张者加用异丙嗪25毫克或氟哌啶5毫克。扁桃体摘除术于术前半小时皮下注射阿托品0.5毫克。

（2）术中用药：上述手术一般不需术中用药，有痛感如咬除骨质和填塞纱条时，可以1～2%的丁卡因棉片辅助止痛。

四　口腔颌面外科手术

在口腔颌面外科手术中，针刺麻醉适应症也很广泛。除手术对麻醉有特殊要求者和难于合作的小儿及精神过度紧张的病人外，均可选择针刺麻醉。对于全身情况较差，反应迟钝的病人，估计术中出血迅猛的口腔内手术，不宜用针刺麻醉。但是在某些口腔颌面手术中针刺麻醉与全身麻醉相比有其独特的优越性，相对比较安全。

1.穴位处方与刺激参数：

（1）牙拔除术：（表7－1）

表 7－1　　牙拔除术针刺麻醉穴位处方及刺激方法

麻醉方法	穴位选择				刺激方法	诱导时间
	上前牙	上后牙	下前牙	下后牙		
按压法	①同侧四白 ②迎香、颧髎	同侧下关、颧髎	①颏孔（双侧） ②金环 ③下关、颊车、（双侧）	①颊车、喜通*（同侧） ②下关、喜通（同侧）	持续压迫穴位 持续压迫穴位	1～3分钟
激光照射	同侧四白	颧髎	颊车透喜通	颊车透喜通	穴位照射	1～5分钟
针刺法	①人中、三间透合谷 ②水沟、颧髎三间透合谷 ③人中透迎香、颧髎 ④人中透眶下孔	①下关、颧髎、颊车 ②颧髎、下关三间透合谷 ③鼻唇沟咬肌上〔3〕	①承浆、颊车 ②承浆透为迎颊车 ③承浆、颊车、三间透合谷 ④承浆透颏孔（3）	①承浆、颊车、下关 ②大迎、治聋、颊车、三间透合谷 ③承浆透颏孔	穴位扎针	1～10分钟 1～10分钟 1～10分钟 1～10分钟
鼻夹法	印堂		印堂		持续夹住穴位	20分钟

* 喜通穴位于下颌角内侧翼内肌附着点。

2.其他口腔颌面部手术：（表 7－2）

表 7－2　　口腔颌面部针刺麻醉手术的穴位处方与刺激方法

手术区域或名称	穴位选择			刺激方法	诱导时间（分钟）
唇裂整复术	①	双侧	四白、神门透皮质下	电针	15～30
	②	双侧	合谷、内关	电针	15～30
腭裂整复术	①	双侧	四白、翳风	电针	15～30
	②	双侧	合谷、内关	电针	15～30
上颌骨手术	①	患侧	合谷、丰隆、太冲、公孙	得气留针	15～30
	②	双侧	合谷、内关	电针	15～30
下颌骨手术	①	患侧	合谷、丰隆、太冲、公孙	电针	15～30
	②	双侧	耳颞、合谷	电针	15～30
腮腺区手术	①	患侧	丰隆、太冲、合谷、公孙	得气留针	15～30
	②	双侧	合谷、外关透内关	电针	15～30
	③	患侧	太冲、公孙、丰隆	得气留针	15～30

续表

手术区域或名称	穴位选择	刺激方法	诱导时间（分钟）
颌下区手术	① 患侧　合谷、内关、耳颞、扶突	电针	15～30
	② 双侧　合谷、外关透内关	电针	15～30
颞颌关节手术	① 患侧　丰隆、太冲、合谷、公孙	得气留针	15～30
	② 患侧　太冲、公孙、丰隆	得气留针	15～30
	③ 双侧　合谷、外关透内关	电针	15～30
颈淋巴腺联合根治术	① 患侧　合谷、外关、丰隆、后溪	电针	15～30
	② 双侧　耳颞、合谷	电针	15～30

2.辅助用药：牙拔除术一般不辅助用药。

(1) 术前用药：术前1小时常规肌肉注射苯巴比妥钠0.1克，阿托品0.5毫克有时可术前10分钟静脉注射哌嗒啶1～1.5毫克/公斤体重。

(2) 术中用药：1%丁卡因液喷雾进行表面麻醉，或以0.1～0.2%普鲁卡因局部注射。

3.注意要点：

(1) 牙拔除术要防止出现晕针现象。

(2) 手术操作要稳、准、轻、快。

(3) 针刺复合麻醉更适合于大型口腔颌面部手术。

五　甲状腺摘除术

针刺麻醉曾用于甲状腺瘤摘除、甲状腺囊肿摘除、甲状腺腺叶全切除和甲状腺次全切除，以及甲状腺腺癌根治术等，手术效果均较满意。1975～1976年的13314例临床总结报告，针刺麻醉效果稳定可靠，Ⅰ、Ⅱ级率平均为85.3%，成功率为95.4%，普遍作为甲状腺手术的常用麻醉方法之一。甲状腺手术中应用针刺麻醉，若严格遵守操作过程，优点是很多的。病人可以与术者主动配合以避免误伤；减少麻醉药物的副作用和并发症；手术野清晰而有利于手术和易于推广。

1.穴位处方与刺激参数：

(1) 穴位处方：①合谷、内关（双侧）；②扶突（双侧）；③耳穴颈、神门、肺、交感（患侧，如为双侧疾患可任选一侧）。

此外，其它穴位如太冲、陷谷；太冲、鼻针；肩髃、安眠；合谷、内关加耳穴或扶突；合谷、足三里；合谷、支沟等九组穴位的效果与上述三组处方也相近似。

(2) 刺激参数：内关组2～8赫兹；扶突和耳针组40～80赫兹；诱导15～30分钟。

扶突穴可用单针或双针，进针后通过调整针位，使麻木区与手术部位相符合，再将

针固定。

2.辅助用药：

（1）术前用药：术前1小时，肌肉注射苯巴比妥钠0.1克，或口服安定10毫克。切皮前20～30分钟肌肉注射，或切皮前15分钟静脉滴注哌嗜啶1～1.5毫克/公斤体重。

（2）术中用药：切皮或分离上下极、结扎甲状腺上下血管时，可用少量0.5～1%的普鲁卡因局部浸润。如手术时间超过2小时或针麻效果欠佳者可追加半量。

3.术中注意要点：

（1）术中应根据手术步骤随时调节电针的刺激强度，以维持针感。

（2）严密注视病人各种反应及血压、脉搏、呼吸等变化，注意保持呼吸道通畅。

（3）针刺扶突穴和耳针进针均不宜过深。

（4）术中病人头部后仰体位在满足手术需要的情况下应尽量使病人舒适，特别是巨大甲状腺腺瘤可因头部过度后仰而造成呼吸道梗阻。

（5）甲状腺腺癌根治术如气管受压，或肿物延伸至纵膈及个别精神极度紧张不能合作者，可不必勉强应用针刺麻醉。由于切口长、手术时间长，应适量辅以镇痛药物，如0.1%普鲁卡因局部浸润，1%普鲁卡因0.5～1.0毫升神经阻滞，或0.25%丁卡因加1%利多卡因4～5毫升于手术侧颈₄神经阻滞。也可用氟哌啶醇0.05～0.1毫升/公斤体重及哌嗜啶1毫克/公斤体重。

4.特点：

甲状腺手术中针刺麻醉效果稳定，安全可靠，并发症极少。

六　颈椎手术

颈椎手术分前路和后路两种术式。前路手术的病例如颈椎骨折脱位、颈椎结核、颈椎椎体肿瘤、外伤性或先天性畸形引起的环椎脱位及不稳等。后路手术的病例有发育性颈椎椎管狭窄，继发性颈椎椎管狭窄、枕颈部先天畸形及椎管内肿瘤等，颈椎手术针刺麻醉效果稳定，Ⅰ、Ⅱ级率可达91%，特别是前路手术，针刺麻醉已成为某些医院的常规麻醉方法之一。

1.穴位处方与刺激参数：

（1）穴位处方：①颈椎前路手术：双侧扶突；右侧合谷及外关；髂骨取管区切口旁针。②颈椎后路手术：双侧合谷、外关。

（2）刺激参数：

针麻仪电脉冲连续波刺激，扶突及髂骨旁针各为100赫兹，合谷及外关为2～4赫兹，诱导20～30分钟。

2.辅助用药：

（1）术前用药：术前酌情给以东莨菪碱，切皮前静脉滴注哌嗜啶1毫克/公斤体重或芬太尼0.1毫克，氟哌啶5毫克（呼吸功能差者慎用）。精神紧张或伴有心血管疾病者术前可肌肉注射苯巴比妥钠或安定。颈椎后路手术皮肤切口大，出血多，故常用1.25～0.25%普鲁卡因（内加肾上腺素数滴）浸润。

(2) 术中用药：常用剥离骨膜有痛感，可追加哌嗜啶或局部麻醉药。

3.术中注意要点：

(1) 保持呼吸道畅通，对呼吸应加以仪器监护，呼吸出现抑制应加压给氧。

(2) 维持循环稳定，渗血较多时应及时输液输血。应用骨水泥固定时可致血压骤然下降，心率加快，应及时给升压药，以保持血压稳定。

(3) 预防脊髓水肿。椎板减压术或椎板开门成型术中，可使用氟美松磷酸钠20毫克静脉滴入，以预防脊髓水肿。

4.特点：

(1) 颈椎病人多有心血管疾病，采用针刺麻醉，病人术中血压、脉搏及呼吸多为平稳。

(2) 术中可检查损害情况及避免误伤神经，手术野出血少，凝血快，切口解剖层次清晰，可避免伤害重要组织。

(3) 安全而并发症少。

(4) 术后恢复快。

七　肺切除手术

针刺麻醉下施行肺切除，是最早一种用针刺作为麻醉的较大手术。由于这种手术复杂，到目前为止，针刺麻醉尚有一定的适应症和禁忌症。在适应症情况下针刺麻醉在某些医院已成为肺切除手术的常用麻醉方法之一。一般麻醉效果Ⅰ、Ⅱ级率可达到80％。

1.适应症与禁忌症：

(1) 适应症：①肺部比较单纯的球形病灶、空洞、支气管扩张、良性肿瘤或早期周围性肺癌。②肺部病灶虽较广泛，但估计肺门和胸腔粘连较少，手术能在2～3小时内完成者。③药物过敏或肝、肾功能较差的病例。④患者愿意接受针刺麻醉手术，试针“得气”良好。

(2) 禁忌症：①有严重心血管疾病或未经控制的高血压、糖尿病患者。②心肺功能严重损害者。③精神状态不正常者。

2.穴位处方与刺激参数：

穴位处方：①电针组，三阳络透郄门、下翳风，任脉、督脉。电刺激频率为200～2000赫兹。②手法捻转与电针结合，手捻三阳络、郄门穴，配以任、督脉电针刺激。手法频率100～200次/分，提插幅度0.5～1厘米，捻转角度为180～360°。③根据11个手术步骤应用七组穴位：一是镇痛穴三组：切皮选后溪、束骨、支沟、足临泣、内关、太冲；剥骨衣选支沟、足临泣、内关、太冲；置引流管选合谷、陷谷、支沟、足临泣。二是抗呼吸衰竭穴：郄门、后溪、内关、太冲。三是止咳穴：鱼际、太白。四是镇静穴：太阳、印堂、下翳风（推拿）。

以上七组穴均采用手法捻针，由针灸医生辨证施针。

3.辅助用药：

(1) 术前用药：术前1小时皮下或肌肉注射苯巴比妥0.1克，阿托品0.4毫克，手术

前10分钟静脉滴注哌嗜啶50～75毫克。

（2）术中用药：切皮前一般用生理盐水或加少量肾上腺素作皮下浸润；精神紧张患者可用0.25%普鲁卡因皮下浸润；剥离骨膜时可用1%普鲁卡因作肋间神经阻滞；处理肺门时可用少量利多卡因进行肺门封闭，术中可追加哌嗜啶半量。

4.术中注意要点：

（1）术前应进行呼吸锻炼，提高肺活量和最大通气量。

（2）进胸腔时先切小口，让空气徐徐进入，同时以面罩供氧，病人作慢而深的腹式呼吸，开胸与关胸时操作要柔和，避免用电灼、电刀、钝性分离和强烈牵拉。

（3）不插管或插管均可，但需密切注意病人情况。

（4）保持呼吸道通畅。频繁出现呛咳反射和吞咽动作时应进行封闭肺门或气管表面麻醉等处理。

八　食管癌切除手术

由于癌症早期就诊率不断增长而增加了手术切除的可能性。但这类病人多为年老体衰，甚至不能承受麻醉与手术，采用针刺麻醉较为理想。

1.穴位处方与刺激参数：

穴位处方：①肩髃、天宗、足三里、上巨虚、膈关、譩譆。②下翳风、三阳络、任脉、督脉。③三阳络透郄门、背针。④下翳风、任脉、督脉。⑤胸夹脊2、4、6和扶突。

均取患侧。膈关、譩譆两个穴位注射0.25%丁卡因和1%利多卡因混合液，或0.5%布比卡因，每穴2～3毫升。

2.注意要点：

（10 术前应详细检查患者循环、呼吸系统以及全身状况。适当给予治疗后，再行手术。

（2）选择针刺麻醉适应症。食管中、上段癌一般不用针刺麻醉，如果应用针刺麻醉时需要气管插管，以便呼吸管理。

（3）术中严格注意患者情况，实行麻醉管理。

九　心脏手术

心脏手术是比较复杂的，对麻醉要求高，应用针刺麻醉应慎重对待。我国最早于1964年只用于二尖瓣分离术、心包切开术和动脉导管结扎术。1972年上海成功地进行了针刺麻醉下的体外循环心内直视术。

1.穴位处方与刺激参数：

（1）二尖瓣分离术：①内关、合谷、列缺、支沟或三阳络（均为左侧）。②内关、合谷（双侧）、臂臑（左侧）。③三阳络透郄门（右）、内关（左）、耳穴左心右肺及患侧神门，或配头针胸腔区（双）。

（2）心包切开术：①内关、合谷均双侧。②内关、合谷、三阳络透郄门（双）。③内关（双）、合谷，以及耳穴心、肺、神门、交感、任选一侧。

（3）心内直视手术：①内关、列缺、云门，均双侧。②内关、列缺、三阳络透郄门，均双侧。③内关、列缺（双侧），耳穴颈、脾、肺、肾，任选一侧。

刺激参数：一般采用电针，波宽0.5～2.0毫秒的双相尖波，电脉冲频率在肢体为2～3赫兹，耳针与胸壁为8～10赫兹。刺激量应根据手术刺激强弱而灵活掌握。

2.辅助用药：

（1）术前用药：苯巴比妥2.0毫克/公斤体重，或安定0.1～0.2毫克/公斤体重；东莨菪碱成人0.3毫克，小儿0.007～0.01毫克/公斤体重肌肉注射。心率缓慢者可改用阿托品，成人0.4毫克，小儿0.001毫克/公斤体重，术前30分钟肌肉注射。

（2）术中用药：手术超过2小时可追加哌嗜啶。辅助用药要适时，常以在强烈手术刺激之前追加为较好。心脏手术复杂，切皮前用0.25%普鲁卡因或0.25%利多卡因局部浸润；在断肋骨或劈开胸骨之前，用1%利多卡因或普鲁卡因，进行肋间神经阻滞，或骨膜浸润；进行心脏大血管操作之前，可经心包切开小口，注入1%地卡因3～4毫升。

3.术中注意要点：

（1）要紧密配合外科手术，操作要稳、准、轻、快。

（2）二尖瓣手术进胸腔时，先将胸膜切一小口，让空气缓慢进入胸腔，逐渐扩大胸膜切口，使病人有一个适应胸内压力改变的过程，不致引起呼吸困难。

（3）体外循环心脏手术及心包手术做正中切口时，如果出现气胸，应立即修补胸膜；有明显肺萎缩可先放置胸导管。

（4）心内操作尽量避免翻动心脏，以预防心律失常。

（5）加强术中麻醉管理。

4.特点：

（1）安全性较大，副作用较小，生理扰乱少。

（2）体外循环可选用常温下施术。

（3）严格要求术中麻醉管理。

十　胃大部切除术

腹部手术应用针刺麻醉较为困难，除了镇痛不全外，针刺麻醉还存在着牵拉反应和肌肉松弛不够满意等问题。但是，腹部手术也最能体现针刺麻醉安全、对生理干扰少、术后恢复快等特点。近几年我国已经取得了一些克服上述问题的经验，针刺麻醉效果有所提高。胃大部切除术，如果诊断明确，病灶不十分复杂，不需要进行广泛腹部探查者，Ⅰ、Ⅱ级率近于80%。有的可以达到更好的效果。

1.穴位处方与刺激参数：

穴位处方：①内关、足三里，切口旁针（均为双侧）。②足三里、内关、脾俞、心俞（均为双侧）。③人中、承浆、足三里、脾俞、内关、心俞（均双侧）。④至阳穴

（硬膜外腔电针）。⑤耳针胃、神门、交感、肺（双侧或左侧）。⑥激光穴位照射足三里与硬膜外小剂量麻醉药相结合。

刺激参数：手法要求快速提插捻转，也可利用手法模仿仪，捻转角度180～360°，提插幅度3～10毫米，频率160～200次/分。利用针刺麻醉仪则远心端用低频5～200赫兹。至阳穴进针法如同连续硬膜外麻醉法，将导管电极插入硬膜外腔，频率为80～100赫兹。

2.辅助用药：

（1）术前用药：切皮前30分钟，肌肉注射苯巴比妥钠0.1克，阿托品0.5毫克或东莨菪硷0.3毫克。切皮前10分钟静脉滴注哌嗜啶1～1.5毫克/公斤体重，或芬太尼0.1毫克。激光穴位照射与硬膜小剂量复合麻醉时于硬膜外腔注入1%利多卡因和0.15%丁卡因混合液5毫升。

（2）术中用药：手术中几个关键步骤，如切、缝腹膜，结扎胃左、右动脉，剥离溃疡外周粘膜或游离十二指肠，以及关腹时肌肉紧张，可以用小型注射器小剂量局部注入0.5%普鲁卡因1～3毫升。遇有胸闷、心慌、情绪烦躁、恶心呕吐者，可先针刺内关或给氟哌啶2.5毫克和芬太尼0.05毫克。病灶较深或关腹肌肉紧张，可静脉缓注汉肌松0.6～0.7毫克/公斤体重或三碘季铵酚40毫克。使用肌肉松弛剂时要严密观察病人呼吸情况。

3.术中注意要点：

（1）胃大部切除术要求术者操作更要稳、准、轻、快。

（2）腹膜和结扎胃左、右动脉刺激对手术成败至关重要。

（3）尽量不用开腹器，如非必须不要做腹内探查。

十一　脾切除术

脾切除术针刺麻醉效果尚称满意，但对腹肌松弛要求较高，需要加用肌松剂。

1.穴位处方与刺激参数：

穴位处方：①地机透阳陵泉或足三里、大包、脾俞、大肠俞，均为双侧。②足三里、内关、鸠尾、章门。③耳穴脾、肺、神门、交感。④鼻针耳、脾、肺、胃。

刺激参数：一般用连续波，频率为10～20赫兹，耳针鼻针频率3～4赫兹，诱导30分钟。

2.辅助用药：

术前30分钟肌肉注射苯巴比妥钠0.1克，东莨菪碱0.3毫克，哌嗜啶50毫克。

术中处理腹膜、内脏神经比较丰富的部位时，可预先应用少量0.5～1%普鲁卡因局部浸润；病人精神紧张及腹壁痛觉明显时，可静脉滴注哌嗜啶50毫克，或氟哌啶2.5毫克、芬太尼0.1毫克。内脏牵拉反应严重时可静脉滴注灭吐灵10～20毫克。腹肌紧张可用汉肌松32毫克静脉滴注。

3.术中注意要点：

挽脾是针刺麻醉下行脾切除术成败的关键。一般采用先挽出脾脏，后分离韧带效果较好。对巨大脾脏可先结扎脾动脉使脾缩小，以方便操作。

十二　阑尾炎切除术

阑尾炎是外科疾病中最常见、发病率较高的疾病，手术不大却对麻醉要求较高。在阑尾切除中针刺麻醉的所谓“三关”俱全，目前尚难完全克服，由此严重影响着针刺麻醉的推广。

1.穴位处方与刺激参数：

穴位处方：①足三里、内关（双侧或右侧），切口旁压痛敏感点。②耳穴阑尾透小肠、肺，或加神门、交感。

刺激参数：电脉冲采用频率为 3 ～15赫兹的连续波。

2.辅助用药：

阑尾切除术术中用药要恰当是个关键。切皮时皮下注射0.5～1％普鲁卡因 2 ～ 3 毫升作浸润；切腹膜时加地卡因 1 ～ 2 毫升，可防止膨肠。在钳夹阑尾系膜血管前，于其根部近端用0.5％普鲁卡因0.5～2 毫升作系膜封闭。病人精神紧张可于进腹腔前静脉注射稀释于25～50％葡萄糖20毫升的芬太尼或氟哌啶2.5毫克。可缓慢静脉注射20毫克灭吐灵（加葡萄糖液20毫升），以防牵拉反应。

3.术中注意要点：

(1) 最好诊断明确，特别要估计到有关阑尾位置变异、粘连程度和有无穿孔等，必要时术前备好管，以便复合小剂量硬膜外阻滞用药。

(2) 切腹膜不出现疼痛是个关键步骤。

(3) 钳夹阑尾前做系膜封闭。

十三　疝修补术

疝修补术针刺麻醉效果各家差异悬殊，高者Ⅰ、Ⅱ级率可达96.7％。

1.穴位处方与刺激参数：

穴位处方：①足三里、公孙（均双侧）。②足三里、公孙、横骨、维道(均患侧)。③肝俞、肾俞、横骨、维道（均患侧）。④五枢透维道、足三里、耳穴神门透交感（双侧）。

刺激参数：连续波，频率 5 ～100赫兹，关键步骤应加大刺激量。避免用恒定的刺激强度。

2.辅助用药：

(1) 术前用药：术前 1 小时肌肉注射苯巴比妥钠0.1克，或安定10～15毫克。

(2) 术中用药：切皮前10～15分钟，必要时静脉滴注哌嗜啶1～1.5毫克/公斤体重，或芬太尼 2 ～ 3 微克/公斤体重。分离疝囊时如有牵拉，可追加上述剂量的一半。

十四　前列腺切除术

前列腺增殖症在老年人发病率较高。如果腺增殖不过大，粘连较少者，选用针刺麻

醉较好。

1.穴位处方与刺激参数：

穴位处方：①次髎、带脉透五枢至维道、切口旁针、腰俞、命门。②次髎、足三里、三阴交、带脉透五枢至维道，腰俞、命门。

刺激参数：背腹部穴位频率为80～100赫兹，下肢穴位用40～50赫兹。

2.辅助用药：

术前1小时苯巴比妥钠0.1克、阿托品0.3～0.5毫克。术前30分钟肌肉注射哌嗒啶1毫克/公斤体重和氟哌啶醇3～5毫克。

3.特点：

术后无需禁食，康复快，并发症少，术中术后镇痛用药少。心肺功能差的病人用针刺麻醉也可顺利完成手术。

十五　妇产科手术

针刺麻醉在妇产科主要用于剖腹产、腹式输卵管结扎、腹式子宫全切除和卵巢囊肿摘除术。

1.穴位处方与刺激参数：

(1) 剖腹产：①三阴交、外麻点、切口旁针。②人中、承浆、切口旁针。③脊中、命门、腰俞。④椎板、腰俞、次髎。

刺激参数：三阴交、外麻点频率为2赫兹；切口旁针为800赫兹；人中、承浆为35赫兹。

(2) 腹式输卵管结扎：①次髎（双）、人中、承浆。②耳穴脑点透肺、神门透子宫、切口旁针。③次髎（双）、三阴交（双）。④人中、承浆。⑤三阴交不留针。⑥气冲透气冲（左右）、外陵透外陵（左右），采用横刺，不留针。⑦改良次髎。

刺激参数：次髎穴频率为70赫兹；耳针25～50赫兹，其他穴位3～7赫兹。

(3) 腹式子宫全切除术：①脊中（T_{11}～T_{12}）、命门（L_2～L_3），腰俞。②椎板（筋缩或至阳）、腰俞、次髎（双）。③足三里、三阴交、次髎、切口旁针（均为双侧）。④头针伏脏（中焦透下焦）、倒脏（下焦透中焦）。⑤改良次髎。

(4) 卵巢囊肿摘除术：①内麻点（双）、三阴交（双）、切口旁针。②内麻点(双)、三阴交（双）、切口旁针、华佗夹脊腰$_1$，针透向腰$_4$部位，或次髎、或公孙。

内麻点、三阴交电脉冲频率为2～3赫兹，其它用100赫兹。

2.辅助用药：

(1) 术前用药：苯巴比妥钠0.1～0.2克肌肉注射，阿托品0.25毫克或东莨菪碱0.3毫克。

(2) 术中用药：切皮药可用0.5%普鲁卡因局部浸润，或静脉注射哌嗒啶1毫克/公斤体重，或芬太尼0.1毫克、氟哌啶5毫克。腹膜及内脏牵拉痛可用1%丁卡因1～2毫升喷洒或棉球涂抹。

3.几个特殊穴位的针法：

(1) 内麻点：位于下肢胫侧，胫骨内上髁与内髁高点连线中点，胫骨内缘后约一横

指处，直刺1～1.5寸。

（2） 外麻点：位于下肢外侧，胫骨前嵴外 1 寸或腓骨小头与外踝高点连线中点。

（3） 改良次髎：从髂后上棘向内一横指处进针，针体与皮肤呈15°角，针尖向下向内进针3.5～ 4 寸，有紧滞感为度，通电后肛门上有麻胀感，诱导15分钟，频率50～100赫兹。

（4） 脊中：第11胸椎棘突下凹陷处。

（5） 命门：第 2 腰椎棘突下。

脊中与命门的进针方法：病人取侧卧位，用26号毫针双手进针，进皮肤后必须缓慢均匀地捻转，以侧试针尖到达部位，必须刺入黄韧带处。

王宗学

十六　骨科手术

目前针刺麻醉应用于四肢骨科尚不理想，一般认为在上肢软组织手术、股骨颈骨插三翼钉内固定术、膝关节半月板摘除术、颈椎前路及后路手术，以及椎板减压脊髓探查术等，可作为常规麻醉方法。颈椎手术针刺麻醉前已述及，其它骨科各类手术常用针刺穴位见表 7－3。

王宗学

表 7－3　　骨科各类手术常用针刺穴位

手术部位		手术名称	常用穴位	
上肢手术	锁骨部位	锁骨切开复位内固定术肩锁关节切开复位术等	主　穴	颈夹脊穴
			配　穴	耳穴：神门（－）、肺（＋）、肾（－）、锁骨（－）
	肩　　部	肩关节脱位切开复位术病灶清除术	主　穴	颈夹脊穴
			配　穴	天鼎、手三里
	上臂部位	肱骨干切开复位术 肿瘤刮除术	主　穴	天鼎、缺盆
			配　穴	内麻点（患侧）
	肘关节	肘关节各部位骨折切开复位术、关节成形术、病灶清除术	主　穴	天刮、极泉
			配　穴	皮神经穴
	前臂部位	前臂骨折切开复位术 腕关节融合术	主　穴	天鼎、腋平穴
			配　穴	皮神经穴或内麻点
		断肢、指再植术	主　穴	天鼎、极泉
			配　穴	耳穴：内肺（＋）、交感（－）、肾（＋）、部位（－）
	手　　部	游离肌腱成形术、肌腱粘连松解术、指间关节融合术、人工关节置换术、清创术	主　穴	腋平穴、天鼎
			配　穴	曲池透少海、小海

续表

手术部位		手术名称	常用穴位		
下肢手术	髋部	三翼订内固定术	第一组	主穴	胸口腰，夹背穴
下肢手术	髋部	三翼订内固定术	第一组	配穴	次髎、中脾关、风市、经带穴
下肢手术	髋部	麦氏截骨术	第二组		环跳、冲门、闭孔、居髎
下肢手术	膝关节	半月板摘除术、游离体摘除术、韧带修补术	第一组	主穴	气海俞、大肠俞
下肢手术	膝关节	半月板摘除术、游离体摘除术、韧带修补术	第一组	配穴	殷门、箕门（膝内侧手术） 风市、殷门（膝外侧手术）
下肢手术	膝关节	半月板摘除术、游离体摘除术、韧带修补术	第二组		督脉穴
下肢手术	小腿部位	胫腓骨骨折复位术、清创术、截肢术	主穴		腰3～4　夹背
下肢手术	小腿部位	胫腓骨骨折复位术、清创术、截肢术	配穴		冲门、风市（小腿前内侧） 环跳、承山（小腿后外侧）
下肢手术	小腿部位	断腿（足）再植术	主穴		臂中～臂上、冲门
下肢手术	小腿部位	断腿（足）再植术	配穴		耳穴：内肺（＋）、交感（－）、肾（＋）、部位穴（－）
下肢手术	足踝部位	三关节融合术、肌腱移植术、跟椎延长术	主穴		腰4～5　夹背
下肢手术	足踝部位	三关节融合术、肌腱移植术、跟椎延长术	配穴		上泉、次髎、阳陵泉、足三里
脊柱手术	颈椎	颈椎前路手术、前路植骨术、病灶清除术	主穴		扶突（双侧）
脊柱手术	颈椎	颈椎前路手术、前路植骨术、病灶清除术	配穴		合谷、外关（右侧）
脊柱手术	颈椎	颈椎后路手术	主穴		合谷、外关（双侧）
脊柱手术	颈椎	颈椎后路手术	配穴		耳穴内肺（＋）、颈椎（－）、交感（±）、神门（－）
脊柱手术	胸椎	胸椎结核经胸病灶清除术	主穴		心俞、膈俞
脊柱手术	胸椎	胸椎结核经胸病灶清除术	配穴		中府、章门
脊柱手术	胸椎	胸$_{12}$腰$_1$、腰$_{1-2}$结核病灶清除术	主穴		胸$_{9-11}$夹背穴
脊柱手术	胸椎	胸$_{12}$腰$_1$、腰$_{1-2}$结核病灶清除术	配穴		耳穴：神门（－）、肺（＋）、胸椎透腰位（＋）、交感（－）
脊柱手术	腰椎	椎板减压、脊髓探查术	主穴		胸$_{12}$腰$_2$夹脊穴（双侧）
脊柱手术	腰椎	椎板减压、脊髓探查术	配穴		次髎、中髎（双侧）
脊柱手术	腰椎	腰椎间盘纤维环破裂症、髓核摘除术	主穴		委中、殷门（均双侧）
脊柱手术	腰椎	腰椎间盘纤维环破裂症、髓核摘除术	配穴		耳穴：神门（－）、肺（＋）、腰椎（＋）、肾（－）

王宗学

附编·针灸学文萃



第一章 《内经》、《难经》文摘

第一节 经络

经脉者，所以行气血而营阴阳，濡筋骨，利关节者也。（《灵枢·本脏》）

经脉者，所以能决死生，处百病，调虚实，不可不通。（《灵枢·经脉》）

十二经脉者，人之所以生，病之所以成，人之所以治，病之所以起，学之所始，工之所止也，粗之所易，上之所难也。（《灵枢·经别》）

经脉为里，支而横者为络，络之别者为孙。（《灵枢·脉度》）

十二经脉者，内属于腑脏，外络于肢节。（《灵枢·海论》）

经有十二，络有十五，凡二十七气，相随上下。（《难经·二十七难》）

经脉十二，络脉三百六十五，此皆人之所明知，工之所循用也。（《素问·征四失论》）

肠胃受谷，上焦出气，以温分肉，而养骨节，通腠理。中焦出气如露，上注溪谷，而渗孙脉，津液和调，变化而赤为血，血和则孙脉先满溢，乃注于络脉，皆盈，乃注于经脉。阴阳已张，因息乃行，行有经纪，周有道理，与天合同，不得休止。（《灵枢·痈疽》）

十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍，其精阳气上走于目而为睛，其别气走于耳而为听，其宗气上出于鼻而为嗅，其浊气出于胃，走唇舌而为味。（《灵

枢·邪气脏腑病形》）

手之三阴，从脏走手；手之三阳，从手走头；足之三阳，从头走足；足之三阴，从足走腹。（《灵枢·逆顺肥瘦》）

足阳明太阴为表里，少阳厥阴为表里，太阳少阴为表里，是谓足之阴阳也。手阳明太阴为表里，少阳心主为表里，太阳少阴为表里，是谓手之阴阳也。（《灵枢·九针论》）

足太阳与少阴为表里，少阳与厥阴为表里，阳明与太阴为表里，是为足阴阳也。手太阳与少阴为表里，少阳与心主为表里，阳明与太阴为表里，是为手之阴阳也。（《素问·血气形志》）

六腑皆出足之三阳，上合于手者也。（《灵枢·本输》）

欲知皮部，以经脉为纪。（《素问·皮部论》）

凡十二经络脉者，皮之部也。（《素问·皮部论》）

邪客于皮则腠理开，开则邪入客于络脉，络脉满则注入经脉，经脉满则入舍于脏腑也。（《素问·皮部论》）

人头者，诸阳之会也，诸阴脉皆至颈胸中而还，独诸阳脉皆上至头耳。（《难经·四十七难》）

脉有奇经八脉者，不拘于十二经……有阳维，有阴维，有阳跷，有阴跷，有冲，有督，有任，有带之脉。凡此八脉者，皆不拘于经，故曰奇经八脉也。（《难经·二十七难》）

督脉者，起于下极之俞，并于脊里，上至风府，入于脑。

任脉者，起于中极之下，以上毛际，循腹里，上关元，至喉咽。

冲脉者，起于气冲，并足阳明之脉，夹脐上行，至胸中而散也。

带脉者，起于季胁，回身一周。

阳跷脉者，起于跟中，循外踝，上行入风池。

阴跷脉者，亦起于跟中，循内踝，上行至咽喉，交贯冲脉。

阳维阴维者，维络于身，溢蓄不能环流灌溉诸经者也，故阳维起于诸阳会也，阴维起于诸阴交也。（《难经·二十八难》）

足太阳根于至阴，溜于京骨，注于昆仑，入于天柱，飞扬也；足少阳根于窍阴，溜于丘墟，注于阳辅，入于天容、光明也；足阳明根于厉兑，溜于冲阳，注于下陵，入于人迎、丰隆也；手太阳根于少泽，溜于阳谷，注于小海，入于天窗、支正也；手少阳根于关冲，溜于阳池，注于支沟，入于天牖、外关也；手阳明根于商阳，溜于合谷，注于阳溪，入于扶突、偏历也。（《灵枢·根结》）

心者血，肺者气，血为营，气为卫，相随上下，谓之营卫，通行经络，营周于外。（《难经·三十二难》）

人受气于谷，谷入于胃，以传与肺，五脏六腑，皆以受气，其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外，营周不休，五十而复大会。阴阳相贯，如环无端。（《灵枢·营卫生会》）

营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血，以荣四末，内注五脏六腑，以应刻数焉。

卫气者，出其悍气之慓疾，而先行于四末分肉、皮肤之间而不休者也。昼日行于阳，夜行于阴，常从足少阴之分间行于五脏六腑。（《灵枢·邪客》）

营气之道，内谷为宝。谷入于胃，乃传之肺，流溢于中，布散于外，精专者行于经隧，常营无已，终而复始，是谓天地之纪。故气从太阴出，注手阳明，上行注足阳明，下行至跗上，注大趾间，与太阴合；上行抵髀，从脾注心中；循手少阴，出腋下臂，注小指，合手太阳；上行乘腋，出䪼内，注目内眦，上巅、下项、合足太阳；循脊、下尻，下行注小趾之端，循足心，注足少阴；上行注肾，从肾注心外，散于胸中。循心主脉，出腋下臂，出两筋之间，入掌中，出中指之端，还注小指次指之端，合手少阳；上行注膻中，散于三焦，从三焦注胆，出胁，注足少阳，下行至跗上，复从跗注大趾间，合足厥阴，上行至肝，从肝上注肺，上循喉咙，入颃颡之窍，究于畜门。其支别者，上额，循巅，下项中，循脊入骶，是督脉也，络阴器，上过毛中，入脐中，上循腹里，入缺盆，下注肺中，复出太阴。此营气之所行也，逆顺之常也。（《灵枢·营气》）

……卫气之行，一日一夜五十周于身，昼日行于阳二十五周，夜行于阴二十五周，周于五脏。是故平旦阴尽，阳气出于目，目张则气上行于头，循项下足太阳，循背下至小趾之端。其散者，别于目锐眦，下手太阳，下至手小指之间外侧。其散者，别于目锐眦，下足少阳，注小趾次趾之间。以上循手少阳之分，侧下至小指之间。别者以上至耳前，合于颔脉，注足阳明，以下行至跗上，入五趾之间。其散者，从耳下下手阳明，入大指之间，入掌中。其至于足也，入足心，出内踝下，行阴分，复合于目，故为一周。……阳尽于阴，阴受气矣。其始入于阴，常从足少阴注于肾，肾注于心，心注于肺，肺注于肝，肝注于脾，脾复注于肾为周。是故夜行一舍……亦如阳行之二十五周，而复合于目。（《灵枢·卫气行》）

李平　李会新

第二节 俞穴

三百六十五穴，针之所由行也。（《素问·气穴》）

人有大谷十二分，小溪三百五十四名，少十二俞，此皆卫气之所留止，邪气之所客也，针石缘而去之。（《素问·五脏生成论》）

节之交，三百六十五会，知其要者，一言而终，不知其要，流散无穷。所言节者，神气之所游行出入也，非皮肉筋骨也。（《灵枢·九针十二原》）

所出为井，所溜为荥，所注为输，所行为经，所入为合，二十七气所行，皆在五输也。（《灵枢·九针十二原》）

阴井木，阳井金；阴荥火，阳荥水；阴输土，阳输木；阴经金，阳经火；阴合水，阳合土。（《难经·六十四难》）

井主心下满，荥主身热，输主体重节痛，经主喘咳寒热，合主逆气而泄。此五脏六腑其井荥输经合所主病也。（《难经·六十八难》）

荥、输治外经，合治内府。（《灵枢·邪气脏腑病形》）

肝出于大敦，大敦者，足大趾之端及三毛之中也，为井木；溜于行间，行间，足大趾间也，为荥；注于太冲，太冲，行间上二寸陷者之中也，为输；行于中封，中封，内踝之前一寸半，陷者之中，使逆则宛，使和则通，摇足而得之，为经；入于曲泉，曲泉，辅骨之下，大筋之上也，屈膝而得之，为合。足厥阴也。（《灵枢·本输》）

心出于中冲，中冲，手中指之端也，为井木；溜于劳宫，劳宫，掌中中指本节之内间也，为荥；注于大陵，大陵，掌后两骨之间方下者也，为输；行于间使，间使之道，两筋之间，三寸之中也，有过则至，无过则止，为经；入于曲泽，曲泽，肘内廉下陷者之中也，屈而得之，为合。手少阴也。（《灵枢·本输》）

脾出于隐白，隐白者，足大趾之端内侧也，为井木；溜于大都，大都，本节之后，下陷者之中也，为荥；注于太白，大白，腕骨之下也，为输；行于商丘，商丘，内踝之下，陷者之中也，为经；入于阴之陵泉，阴之陵泉，辅骨之下，陷者之中也，伸而得之，为合。足太阴也。（《灵枢·本输》）

肺出于少商，少商者，手大指端内侧也，为井木；溜于鱼际，鱼际者，手鱼也，为荥；注于太渊，太渊，鱼后一寸陷者中也，为输；行于经渠，经渠，寸口中也，动而不居，为经；入于尺泽，尺泽，肘中之动脉也，为合。手太阴经也。（《灵枢·本输》）

肾出于涌泉，涌泉者，足心也，为井木；溜于然谷，然谷，然骨之下者也，为荥；注于太溪，太溪，内踝之后，跟骨之上，陷中者也，为输；行于复溜，复溜，上内踝二寸，动而不休，为经；入于阴谷，阴谷，辅骨之后，大筋之下，小筋之上也，按之应手，屈膝而得之，为合。足少阴经也。（《灵枢·本输》）

胆出于窍阴，窍阴者，足小趾次趾之端也，为井金，溜于侠溪，侠溪，足小趾次趾之间也，为荥；注于临泣，临泣，上行一寸半，陷者中也，为输；过于丘墟，丘墟，外踝之前下，陷者中也，为原；行于阳辅，阳辅，外踝之上，辅骨之前及绝骨之端也，为经；入于阳之陵泉，阳之陵泉，在膝外陷者中也，为合，伸而得之。足少阳也。（《灵枢·本输》）

手太阳小肠者，上合手太阳，出于少泽，少泽，小指之端也，为井金；溜于前谷，前谷，在手外廉本节前陷者中也，为荥；注于后溪，后溪者，在手外侧本节之后也，为输；过于腕骨，腕骨，在手外侧腕骨之前，为原；行于阳谷，阳谷，在锐骨之下陷者中也，为经；入于小海，小海，在肘内大骨之外，去端半寸，陷者中也，伸臂而得之，为合，手太阳经也。（《灵枢·本输》）

胃出于厉兑，厉兑者，足大趾内次趾之端也，为井金；溜于内庭，内庭，次趾外间也，为荥；注于陷谷，陷谷者，上中趾内间上行二寸陷者中也，为输；过于冲阳，冲阳，足跗上五寸，陷者中也，为原，摇足而得之；行于解溪，解溪，上冲阳一寸半陷者中也，为经；入于下陵，下陵，膝下三寸，胻骨外三里也，为合；复下三里三寸，为巨虚上廉；复下上廉三寸，为巨虚下廉也。大肠属上，小肠属下，足阳明胃脉也。大肠小肠，皆属于胃，是足阳明也。（《灵枢·本输》）

大肠上合手阳明，出于商阳，商阳，大指次指之端也，为井金；溜于本节之前二间，为荥；注于本节之后三间，为输；过于合谷，合谷，在大指岐骨之间，为原；行于阳溪，阳溪，在两筋间陷者中也，为经；入于曲池，在肘外辅骨陷者中，屈臂而得之，为合。手阳明也。（《灵枢·本输》）

膀胱出于至阴，至阴者，足小趾之端也，为井金；溜于通谷，通谷，本节之前外侧也，为荥；注于束骨，束骨，本节之后，陷者中也，为输；过于京骨，京骨，足外侧大骨之下，为原；行于昆仑，昆仑，在外踝之后，跟骨之上，为经；入于委中，委中，腘中央，为合，委而取之，足太阳也。（《灵枢·本输》）

三焦者，上合手少阳，出于关冲，关冲者，手小指次指之端也，为井金；溜于液门，液门，小指次指之间也，为荥；注于中渚，中渚，本节之后，陷者中也，为输；过于阳池，阳池，在腕上陷者之中也，为原；行于支沟，支沟，上腕三寸，两骨之间陷者中也，为经；入于天井，天井，在肘外大骨之上，陷者中也，为合，屈肘乃得之。（《灵枢·本输》）

腑会太仓，脏会季胁，筋会阳陵泉，髓会绝骨，血会膈俞，骨会大杼，脉会太渊，气会三焦外一筋直两乳内也。热病在内者，取其会之气穴也。（《难经·四十五难》）

胃合于三里，大肠合入于巨虚上廉，小肠合入于巨虚下廉，三焦合入于委阳，膀胱合入于委中央，胆合入于阳陵泉。（《灵枢·邪气脏腑病形》）

三焦下俞，在于足大趾之前，少阳之后，出于腘中外廉，名曰委阳，是太阳络也，手少阳经也。三焦者，足少阳太阴之所将，太阳之别也，上踝五寸，别入贯腨肠，出于委阳，并太阳之正，入络膀胱，约下焦，实则闭癃，虚则遗溺，遗溺则补之，闭癃则泻之。（《灵枢·本输》）

十二原者，五脏之所以禀三百六十五节气味也。五脏有疾也，应出十二原。而原各有所出，明知其原，睹其应，而知五脏之害矣。阳中之少阴，肺也，其原出于太渊，太渊二。阳中之太阳，心也，其原出于大陵，大陵二。阴中之少阳，肝也，其原出于太冲，太冲二。阴中之至阴，脾也，其原出于太白，太白二。阴中之太阴，肾也，其原出于太溪，太溪二。膏之原，出于鸠尾，鸠尾一。肓之原，出于脖胦，脖胦一。凡此十二原者，主治五脏六府之有疾者也。（《灵枢·九针十二原》）

肺之原，出于太渊；心之原，出于大陵；肝之原，出于太冲；脾之原，出于太白；肾之原，出于太溪；少阴之原，出于兑骨；胆之原，出于丘墟；胃之原，出于冲阳；三焦之原，出于阳池；膀胱之原，出于京骨；大肠之原，出于合谷；小肠之原，出于腕骨。（《难经·六十六难》）

五脏募皆在阴，而俞在阳者，何谓也？然。阴病行阳，阳病行阴，故令募在阴，俞在阳。（《难经·六十七难》）

胸中大俞在杼骨之端，肺俞在三焦之间，心俞在五焦之间，膈俞在七焦之间，肝俞在九焦之间，脾俞在十一焦之间，肾俞在十四焦之间，皆挟脊相去三寸所，则欲得而验之，按其处，应在中而痛解，乃其腧也。（《灵枢·背腧》）

帝曰：水俞五十七处者，是何主也？岐伯曰：肾俞五十七穴，积阴之所聚也，水所

从出入也。尻上五行、行五者，此肾俞，故水病，下为胕肿大腹，上为喘呼，不得卧者，标本俱病。故肺为喘呼，肾为水肿，肺为逆，不得卧。分为相输俱受者，水气之所留也。伏兔上各二行，行五者，此肾之街也。三阴之所交结于脚也，踝上各一行，行六者，此肾脉之下行也，名曰太冲。凡五十七穴者，皆藏之阴络，水之所客也。（《素问·水热穴论》）

帝曰：夫子言治热病五十九俞……愿闻其处，因闻其意。岐伯曰：头上五行，行五者，以越诸阳之热逆也；大杼、膺俞、缺盆、背俞，此八者，以泻胸中之热也；气街、三里、巨虚上下廉，此八者，以泻胃中之热也；云门、髃骨、委中、髓空，此八者，以泻四肢之热也；五脏俞，傍五，此十者，以泻五脏之热也。凡此五十九穴者，皆热之左右也。（《素问·水热穴论》）

肉之大会为谷，肉之小会为溪。肉分之间，溪谷之会，以行营卫，以会大气。（《素问·气穴论》）

李平　李会新

第三节　刺灸法

语徐而安静，手巧而心审谛者，可使行针艾，理血气而调诸逆顺，察阴阳而兼诸方。（《灵枢·官能》）

用针之理，必知形气之所在，左右上下，阴阳表里，血气多少，行之逆顺，出入之会，谋伐有过，知解结，知补虚泻实，上下气门，明通于四海，审其所在，寒热淋露，以输异处，审于调气，明于经隧，左右肢络，尽知其会，寒于热争，能合而调之，虚与实邻，知决而通之，左右不调，把而行之，明于逆顺，乃知可治，阴阳不奇，故知起时，审于本末，察其寒热，得邪所在，万刺不殆，知官九针，刺道毕矣。（《灵枢·官能》）

凡将用针，必先诊脉，视气之剧易，乃可以治也。（《灵枢·九针十二原》）

凡刺之道，必通十二经络之所终始，络脉之所别处，五输之所留，六腑之所与合，四时之所出入，五脏之所溜处，阔数之度，浅深之状，高下所至。（《灵枢·本输》）

小针之要，易陈而难入，粗守形，上守神，神乎，神客在门，未睹其疾，恶知其原。刺之微，在速迟，粗守关，上守机，机之动，不离其空，空中之机，清静而微，其来不可逢，其往不可追。知机之道者，不可挂以发，不知机道，叩之不发，知其往来，要与之

期，粗之暗乎，妙哉工独有之。往者为逆，来者为顺，明知逆顺，正行无问。逆而夺之，恶得无虚，追而济之，恶得无实，迎之随之，以意和之，针道毕矣。（《灵枢·九针十二原》）

所谓易陈者，易言也。难入者，难著于人也。粗守形者，守刺法也。上守神者，守人之血气有余不足，可补泻也。神客者，正邪共会也。神者，正气也。客者，邪气也。在门者，邪循正气之所出入也。未睹其疾者，先知邪正何经之疾也。恶知其原者，先知何经之病所取之处也。刺之微在数迟者，徐疾之意也。粗守关者，守四肢而不知血气正邪之往来也。上守机者，知守气也。机之动不离其空者，知气之虚实，用针之徐疾也。空中之机清静以微者，针以得气，密意守气勿失也。其来不可逢者，气盛不可补也。其往不可追者，气虚不可泻也。不可挂以发者，言气易失也。扣之不发者，言不知补泻之意也，血气已尽而气不下也。知其往来者，知气之逆顺盛虚也。要与之期者，知气之可取之时也。粗之暗者，冥冥不知气之微密也。妙哉工独有之者，尽知针意也。往者为逆者，言气之虚而小，小者逆也。来者为顺者，言形气之平，平者顺也。明知逆顺，正行无问者，言知所取之处也。迎而夺之者，泻也；追而济之者，补也。（《灵枢·小针解》）

皮肉筋脉各有所处，病各有所宜，各不同形，各以任其所宜。（《灵枢·九针十二原》）

九针之宜，各有所为，长短大小，各有所施也。不得其用，病弗能移。疾浅针深，内伤良肉，皮肤为痈；病深针浅，病气不泻，支为大脓。病小针大，气泻太甚，疾必为害；病大针小，气不泄泻，亦复为败。（《灵枢·官针》）

九针之名，各不同形：一曰镵针，长一寸六分；二曰圆针，长一寸六分；三曰鍉针，长三寸半；四曰锋针，长一寸六分；五曰铍针，长四寸，广二分半；六曰圆利针，长一寸六分；七曰毫针，长三寸六分；八曰长针，长七寸；九曰大针，长四寸。

镵针者，头大末锐，去泻阳气。圆针者，针如卵形，揩摩分间，不得伤肌肉，以泻分气。鍉针者，锋如黍粟之锐，主按脉勿陷，以致其气。锋针者，刃三隅，以发痼疾。铍针者，末如剑锋，以取大脓。圆利针者，大如氂，且圆且锐，中身微大，以取暴气。毫针者，尖如蚊虻喙，静以徐往，微以久留之而养，以取痛痹。长针者，锋利身薄，可以取远痹。大针者，尖如梃，其锋微圆，以泻机关之水也。（《灵枢·九针十二原》）

病在皮肤无常处者，取以镵针于病所，肤白勿取；病在分肉间，取以圆针于病所；病在经络痼痹者，取以锋针；病在脉，气少当补之者，取以鍉针于井荥分输；病为大脓者，取以铍针；病痹气暴发者，取以圆利针；病痹气痛而不去者，取以毫针；病在中者，取以长针；病水肿不能通关节者，取以大针。病在五脏固居者，取以锋针，泻于井荥分输，取以四时。（《灵枢·官针》）

黄帝曰：针之长短有数乎？岐伯曰：一曰镵针者，取法于巾针，去末寸半，卒锐之，长一寸六分，主热在头身也。二曰圆针，取法于絮针，筩其身而卵其锋，长一寸六分，主治分间气。三曰鍉针，取法于黍粟之锐，长三寸半，主按脉取气，令邪出。四曰锋针，取法于絮针，筩其身，锋其末，长一寸六分，主痈热出血。五曰铍针，取法于剑锋，广二分半，长四寸，主大痈脓，两热争者也。六曰圆利针，取法于氂，针微大其末，反小其身，令可深内也，长一寸六分，主取痈痹者也。七曰毫针，取法于毫毛，长一寸六分，主寒热痛痹在络者也。八曰长针，取法于綦针，长七寸，主取深邪远痹者也。九曰大针，取法于锋针，其锋微员，长四寸，主取大气不出关节者也。（《灵枢·九针论》）

刺痈者用铍针，刺大者用锋针，刺小者用圆利针，刺热者用镵针，刺寒者用毫针也。（《灵枢·刺节真邪》）

凡用针者，虚则实之，满则泻之，宛陈则除之，邪胜则虚之。（《灵枢·九针十二原》）

凡刺有九，以应九变。一曰输刺。输刺者，刺诸经荥输脏腧也。二曰远道刺。远道刺者，病在上，取之下，刺腑腧也。三曰经刺。经刺者，刺大经之结络经分也。四曰络刺。络刺者，刺小络之血脉也。五曰分刺。分刺者，刺分肉之间也。六曰大泻刺。大泻刺者，刺大脓以铍针也。七曰毛刺。毛刺者，刺浮痹皮肤也。八曰巨刺。巨刺者，左取右，右取左。九曰焠刺。焠刺者，刺燔针则取痹也。（《灵枢·官针》）

凡刺有十二节，以应十二经。一曰偶刺。偶刺者，以手直心若背，直痛所，一刺前，一刺后，以治心痹，刺此者傍针之也。二曰报刺。报刺者，刺痛无常处也，上下行者，直内无拔针，以左手随病所按之，乃出针复刺之也。三曰恢刺。恢刺者，直刺傍之，举之前后，恢筋急，以治筋痹也。四曰齐刺。齐刺者，直入一，傍入二，以治寒气小深者。或曰三刺。三刺者，治痹气小深者也。五曰扬刺。扬刺者，正内一，傍内四而浮之，以治寒气之博大者也。六曰直针刺。直针刺者，引皮乃刺之，以治寒气之浅者也。七曰输刺。输刺者，直入直出，稀发针而深之，以治气盛而热者也。八曰短刺。短刺者，刺骨痹，稍摇而深之，致针骨所，以上下摩骨也。九曰浮刺。浮刺者，傍入而浮之，以治肌急而寒者也。十曰阴刺。阴刺者，左右率刺之，以治寒厥，中寒厥，足踝后少阴也。十一曰傍针刺。傍针刺者，直刺傍刺各一，以治留痹久居者也。十二曰赞刺。赞刺者，直入直出，数发针而浅之出血，是谓治痈肿也。（《灵枢·官针》）

所谓三刺则谷气出者，先浅刺绝皮，以出阳邪；再刺则阴邪出者，少益深，绝皮致肌肉，未入分肉间也；已入分肉之间，则谷气出。故刺法曰：始刺浅之，以逐邪气而来血气；后刺深之，以致阴气之邪；最后刺极深之，以下谷气。此之谓也。（《灵枢·官针》）

凡刺有五，以应五脏。一曰半刺。半刺者，浅内而疾发针，无针伤肉，如拔毛状，以取皮气，此肺之应也。二曰豹文刺。豹文刺者，左右前后针之，中脉为故，以取经络之血者，此心之应也。三曰关刺。关刺者，直刺左右，尽筋上，以取筋痹，慎无出血，此肝之应也，或曰渊刺，一曰岂刺。四曰合谷刺。合谷刺者，左右鸡足，针于分肉之间，以取肌痹，此脾之应也。五曰输刺。输刺者，直入直出，深内之至骨，以取骨痹，此肾之应也。（《灵枢·官针》）

持针之道，坚者为宝。正指直刺，无针左右。神在秋毫，属意病者，审视血脉者，刺之无殆。（《灵枢·九针十二原》）

持针之道，欲端以正，安以静，先知虚实而行疾徐。左手执骨，右手循之，无与肉果。泻欲端以正，补必闭肤，辅针导气，邪得淫泆，真气得居。（《灵枢·邪客》）

黄帝曰：刺之有道乎？岐伯答曰：刺此者，必中气穴，无中肉节。中气穴，则针染（一作游）于巷；中肉节，即皮肤痛。（《灵枢·邪气脏腑病形》）

知为针者，信其左；不知为针者，信其右。当刺之时，必先以左手压按所针荥俞之处，弹而努之，爪而下之，其气之来，如动脉之状，顺针而刺之。（《难经·七十八难》）

刺针必肃，刺肿摇针，经刺勿摇，此刺之道也。（《素问·诊要经终论》）

刺诸热者，如以手探汤；刺寒清者，如人不欲行。（《灵枢·九针十二原》）

脉实者，深刺之，以泄其气；脉虚者，浅刺之，使精气无得出，以养其脉，独出其邪气。（《灵枢·终始》）

夫实者，气入也；虚者，气出也。气实者，热也；气虚者，寒也。入实者，左手开针空也；入虚者，左手闭针空也。（《素问·刺志论》）

刺虚则实之者，针下热也，气实乃热也；满而泄之者，针下寒也，气虚乃寒也。菀陈则除之者，出恶血也。徐而疾则实者，徐出针而疾按之；疾而徐则虚者，疾出针而徐按之。（《素问·针解》）

刺实者，刺其来也；刺虚者，刺其去也。此言气存亡之时，以候虚实而刺之，是故谨候气之所在而刺之，是谓逢时。在于三阳，必候其气在于阳而刺之，病在于三阴，必候其气在阴分而刺之。（《灵枢·卫气行》）

九针之名，各不同形者，针穷其所当补泻也。刺实须其虚者，留针阴气隆至，乃去针也；刺虚须其实者，阳气隆至，针下热乃去针也。经气已至，慎守勿失者，勿变更也。深浅在志者，知病之内外也。近远如一者，深浅其候等也。如临深渊者，不敢坠也。手如握虎者，欲其壮也。神无营于众物者，静志观病人，无左右视也。义无邪下者，欲端以正也。必正其神者，欲瞻病人目，制其神，令气易行也。（《素问·针解》）

泻曰：必持内之，放而出之，排阳得针，邪气得泄。按而引针，是谓内温，血不得散，气不得出也。补曰随之，随之意若妄之。若行若按，如蚊虻止，如留如还，去如弦绝，令左属右，其气故止，外门已闭，中气乃实。必无留血，急取诛之。（《灵枢·九针十二原》）

泻实者，气盛乃内针，针与气俱内，以开其门，如利其户，针与气俱出，精气不伤，邪气乃下，外门不闭，以出其疾，摇大其道，如利其路，是谓大泻，必切而出，大气乃屈。

补虚……持针勿置，以定其意，候呼内针，气出针入，针空四塞，精无从去，方实而疾出针，气入针出，热不得还，闭塞其门，邪气布散，精气乃得存，动气候时，近气不失，远气乃来，是谓追之。（《素问·调经论》）

所谓迎随者，知营卫之流行，经脉之往来也，随其逆顺而取之，故曰迎随。（《难经·七十二难》）

迎而夺之者，泻其子也；随而济之者，补其母也。假令心病，泻手心主输，是谓迎而夺之者也；补手心主井，是谓随而济之者也。（《难经·七十九难》）

虚者补其母，实者泻其子，当先补之，然后泻之，不实不虚，以经取之者，是正经自生病，不中他邪也，当自取其经，故言以经取之。（《难经·六十九难》）

当补之时，从卫取气；当泻之时，从营置气。其阳气不足，阴气有余，当先补其阳，而后泻其阴；阴气不足，阳气有余，当先补其阴，而后泻其阳，营卫通行，此其要也。（《难经·七十六难》）

泻必用方，方者以气方盛也，以月方满也，以日方温也，以身方定也，以息方吸而内针，乃复候其方吸而转针，乃复候其方呼而徐引针，故曰泻必用方，其气而行焉。补必用圆，圆者，行也；行者，移也。刺必中其营，复以吸排针也。（《素问·八正神明论》）

泻必用圆，切而转之，其气乃行，疾而徐出，邪气乃出，伸而迎之，摇大其穴，气

出乃疾。补必用方，外引其皮，令当其门，左引其枢，右推其肤，微旋而徐推之，必端以正，安以静，坚心无解，欲微以留，气下而疾出之，推其皮，盖其外门，真气乃存，用针之要，无忘其神。（《灵枢·官能》）

刺之而气不至，无问其数；刺之而气至，乃去之，勿复针。针各有所宜，各不同形，各任其所为。刺之要，气至而有效，效之信，若风之吹云，明乎若见苍天，刺之道毕矣。（《灵枢·九针十二原》）

黄帝曰：针已出而气独行者，何气使然？岐伯曰：其阴气多而阳气少，阴气沉而阳气浮者内藏，故针已出，气乃随其后，故独行也。黄帝曰：数刺乃知，何气使然？岐伯曰：此人之多阴而少阳，其气沉而气往难，故数刺乃知也。（《灵枢·行针》）

得气因推而内之，是谓补；动而伸之，是谓泻。（《难经·七十八难》）

黄帝曰：补泻奈何？岐伯曰：徐入徐出，谓之导气，补泻无形，谓之同精，是非有余不足也，乱气之相逆也。（《灵枢·五乱》）

吸则内针，无令气忤；静以久留，无令邪布。吸则转针，以得气为故。候呼引针，呼尽乃去，大气皆出，故命曰泻。必先扪而循之，切而散之，推而按之，弹而怒之，抓而下之，通而取之，外引其门，以闭其神。呼尽内针，静以久留，以气至为故，如待所贵，不知日暮，其气以至，适而自护，候吸引针，气不得出，各在其处，推阖其门，令神气存，大气留止，故命曰补。（《素问·离合真邪论》）

五脏者，故得六腑与为表里，经络肢节，各生虚实。其病所居，随而调之。病在脉，调之血；病在血，调之络；病在气，调之卫；病在肉，调之分肉；病在筋，调之筋；病在骨，调之骨，燔针劫刺其下及与急者；病在骨，焠针药熨；病不知所痛，两跷为上；身形有痛，九候莫病则缪刺之；痛在于左而右脉病者巨刺之。必谨察其九候，针道备矣。（《素问·调经论》）

病在脏者，取之井；病变于色者，取之荥；病时间时甚者，取之输；病变于音者，取之经；经满而血者，病在胃；及以饮食不节得病者，取之于合。（《灵枢·顺气一日分为四时》）

治脏者，治其输；治腑者，治其合；浮肿者，治其经。（《素问·咳论》）

诸井者，木也；荥者，火也。火者，木之子，当刺井者，以荥泻之。故经言补者不可以为泻，泻者不可以为补，此之谓也。（《难经·七十三难》）

从腰以上者，手太阴阳明皆主之；从腰以下者，足太阴阳明皆主之。病在上者下取之，病在下者高取之；病在头者取之足，病在足者取之腘。病生于头者头重，生于手者臂重，生于足者足重，治病先刺其病所从生者也。（《灵枢·终始》）

凡刺之禁：新内勿刺，已刺勿内；已醉勿刺，已刺勿醉；新怒勿刺，已刺勿怒；新劳勿刺，已刺勿劳；已饱勿刺，已刺勿饱；已饥勿刺，已刺勿饥；已渴勿刺，已刺勿渴；大惊大恐，必定其气乃刺之；乘车来者，卧而休之，如食顷乃刺之；出行来者，坐而休之，如行十里顷乃刺之。凡此十二禁者，其脉乱气散，逆其营卫，经气不次，因而刺之，则阳病入于阴，阴病出于阳，则邪气复生，粗工勿察，是谓伐身，形体淫泆，乃消脑髓，津液不化，脱其五味，是谓失气也。（《灵枢·终始》）

针所不为，灸之所宜。（《灵枢·官能》）

阴阳皆虚，火自当之。（《灵枢·官能》）

经陷下者，火则当之，结络坚紧，火所治之。（《灵枢·官能》）

以火补者，毋吹其火，须自灭也；以火泻者，疾吹其火，传其艾，须其火灭也。（《灵枢·背俞》）

李平　李会新

第二章　历代针灸歌赋选

第一节　综合类

一　流注指微针赋

《流注指微针赋》乃金代何若愚取其自撰《指微论》三卷之精蕴而作。金代贞元癸酉年（公元1153年），阎明广为该赋作注，并首载于《子午流注针经》一书中。元代至大四年（公元1311年），窦桂芳氏集《黄帝明堂灸经》、《灸膏肓腧穴法》、《子午流注针经》、《针经指南》合梓刊行，题名为《针灸四书》，本赋即同时被收入该书中。其后，《永乐大典》、《普济方》均原文收录本赋，而《针灸大全》、《针灸聚英》、《针灸大成》等书则易名为《流注指微赋》分别转载之，且赋中文字亦有出入。关于本赋作者，《针灸聚英》署为"窦桂芳撰次"、《针灸大成》署为"窦氏"，皆误。

今以《黄帝明堂灸经　灸膏肓腧穴法　子午流注针经　针经指南》（人民卫生出版社1983年6月校勘本，旧题《针灸四书》。下同，从略）为底本，参考《普济方》等书有关内容，去掉阎氏注解，录本赋全文如下：

疾居荣卫，扶救者针。观虚实与肥瘦，辨四时之浅深。取穴之法，但分阴阳而溪谷；迎随逆顺，须晓气血而升沉。

原夫指微论中，赜义成赋；知本时之气升，说经络之流注。移疼住痛如有神，针下获效；暴疾沉疴至危笃，刺之勿误。

详夫阴日血引，值阳气流；口温针暖，牢濡深求。诸经十二作数，络脉十五为周；阴俞六十脏主，阳穴七十二腑收。

刺阳经者，可卧针而取；夺血络者，先俾指而柔。呼为迎而吸作补，逆为鬼而从何忧。淹疾延患，着灸之由。燥烦药饵而难拯，必取八会；痈肿奇络而蓄邪，先由砭瘳。

况乎甲胆乙肝，丁心壬水。生我者号母，我生者名子。春井夏荥乃邪在，秋经冬合乃刺矣。犯禁忌而病复，用日衰而难已。孙络在于肉分，血行出于支里。闷昏针运，经虚补络须然；痛实痒虚，泻子随母要旨。

想夫先贤迅效，无出于针经；今人愈疾，岂离于医法。徐文伯泻孕于苑内，斯由甚速；范九思疗咽于江夏，闻见言稀。大抵古今遗迹，后世皆师。王纂针魅而立康，獭从被出；秋夫疗鬼而获效，魂免伤悲。

既而感指幽微，用针直诀。窍齐于筋骨，皮肉刺要；痛察于久新，脏腑寒热。接气通经，短长依法，里外之绝，羸盈必别。勿刺大劳，使人气乱而神隳；慎妄呼吸，防他针昏而闭血。又以常寻古义，由有藏机。遇高贤真趣，则超然得悟；逢达人示教，则表我扶危。男女气脉行分时合度；养子时刻，注穴必须依。

二　针经标幽赋

《针经标幽赋》为金、元时期的杰出针灸学家窦汉卿所撰，最早载于窦汉卿《针经指南》（初刊于1295年）一书中。其后，元、明时期的针灸医籍多收录此赋并加以注解，如元代王国瑞《扁鹊神应针灸玉龙经》、明代徐凤《针灸大全》、杨继洲《针灸大成》、吴昆《针方六集》等，均以赋后加注释的形式转载了本赋，明代大型综合性医著《普济方》亦全文收载了此赋。赋名题为“标幽”，乃是将针灸医学的精深、奥妙之处加以表达和阐发之意。它将基本理论与临床经验相结合，使读者可从中提纲挈领地了解针灸医学的概貌，是不可多得的一篇歌赋形式的综合性针灸文献。今以《黄帝明堂灸经　灸膏肓腧穴法　子午流注针经 针经指南》为底本，参考《普济方》等书，录全赋于后：

拯救之法，妙用者针。察岁时于天道，定形气于予心。春夏瘦而刺浅，秋冬肥而刺深。不穷经络阴阳，多逢刺禁；既论脏腑虚实，须向经寻。

原夫起自中焦，水初下漏，太阴为始，至厥阴而方终；穴出云门，抵期门而最后。正经十二，别络走三百余支；正侧偃伏，气血有六百余候。手足三阳，手走头而头走足；手足三阴，足走腹而胸走手。

要知迎随，须明逆顺；况乎阴阳，气血多少为最。厥阴太阳，少气多血；太阳少阴，少血多气；而又气多血少者，少阳之分；气盛血多者，阳明之位。

先详多少之宜，次察应至之气。轻滑慢而未来，沉涩紧而已至。既至也，量寒热而留疾；未至者，据虚实而候气。气之至也，若鱼吞钩饵之浮沉；气未至也，似闭处幽堂之深邃。气速至而效速，气迟至而不治。

观夫九针之法，毫针最微，七星可应，众穴主持。本形金也，有蠲邪扶正之道；短长水也，有决凝开滞之机。定刺象木，或斜或正；口藏比火，进阳补羸。循机扪而可塞以象土，实应五行而可知。然是一寸六分，包含妙理，虽细拟于毫发，同贯多岐。可平五脏之寒热，能调六腑之虚实。拘挛闭塞，遣八邪而去矣；寒热痛痹，开四关而已之。凡刺者，使本神朝而后入；既刺也，使本神定而气随。神不朝而勿刺，神已定而可施。定脚处，取气血为主意；下手处，认水木是根基。天地人三才也，涌泉同璇玑百会；上中下三部也，大包与天枢地机。阳跷阳维并督脉，主肩背腰腿在表之病；阴跷阴维任带冲，去心腹胁肋在里之疑。二陵二跷二交，似续而交五大；两间两商两井，相依而列两支。

足见取穴之法，必有分寸；先审自意，以观肉分。或伸屈而得之，或平直而安定。

在阳部筋骨之侧，䐃下为真；在阴分郄腘之间，动脉相应。取五穴用一穴而必端，取三经使一经而可正。头部与肩部详分，督脉与任脉异定。明标与本，论刺深刺浅之经；住痛移疼，取相交相贯之径。

岂不闻脏腑病，而求门海俞募之微；经络滞，而求原别交会之道。更穷四根三结，依标本而刺无不痊；但用八法五门，分主客而针无不效。八脉始终连八会，本是纪纲；十二经络十二原，是为枢要。一日刺六十六穴之法，方见幽微；一时取十二经之原，始知要妙。

原夫补泻之法，非呼吸而在手指；速效之功，要交正而识本经。交经缪刺，左有病而右畔取；泻络远针，头有病而脚上针。巨刺与缪刺各异，微针与妙刺相通。观部分而知经络之虚实，视沉浮而辨脏腑之寒温。且于先令针耀而虑针损；次藏口内而欲针温。目无外视，手如握虎；心无内慕，如待贵人。左手重而多按，欲令气散；右手轻而徐入，不痛之因。空心恐怯，直立侧而多晕；背目沉掐，坐卧平而没昏。推于十干十变，知孔穴之开合；论其五行五脏，察日时之旺衰。伏如横弩，应若发机。阴交阳别，而定血晕；阴跷阳维，而下胎衣。痹厥偏枯，迎随俾经络接续；漏崩带下，温补使气血依归。静以久留，停针候之。必准者，取照海治喉中之闭塞；端的处，用大钟治心内之呆痴。

大抵疼痛实泻，痒麻虚补。体重节痛而俞居，心下痞满而井主。心胀咽痛，针太冲而必除；脾痛胃疼，泻公孙而立愈。胸满腹痛刺内关，胁疼肋痛针飞虎。筋挛骨痛而补魂门；体热劳嗽而泻魄户。头风头痛，刺申脉与金门；眼痒眼痛，泻光明与地五。泻阴郄止盗汗，治小儿骨蒸；刺偏历利小便，医大人水蛊。中风环跳而宜刺，虚损天枢而可取。

由是午前卯后，太阴生而疾温；离左酉南，月朔死而速冷。循扪弹怒，留吸母而坚长；爪下伸提，疾呼子而嘘短。动退空歇，迎夺右而泻凉；推内进搓，随济左而补暖。

慎之！大患危疾，色脉不顺而莫针；寒热风阴，饥饱醉劳而切忌。望不补而晦不泻，弦不夺而朔不济。精其心而穷其法，无灸艾而坏其皮；正其理而求其原，免投针而失其位。避灸处而加四肢，四十有九；禁刺处而除六俞，二十有二。

抑又闻高皇抱疾未瘥，李氏刺巨阙而得苏；太子暴死为厥，越人针维会而复醒，肩井曲池，甄权刺臂痛而复射；悬钟环跳，华佗刺躄足而立行。秋夫针腰俞而鬼免沉疴，王纂针交俞而妖精立出。刺肝俞与命门，使瞽士视秋毫之末；取少阳与交别，俾聋夫听夏蚋之声。

嗟夫！去圣逾远，此道渐坠。或不得意而散其学，或愆其能而犯禁忌。愚庸智浅，难契于玄言；至道渊深，得之者有几？偶述斯言，不敢示诸明达者焉，庶几乎童蒙之心启。

王雪苔　李平

第二节　俞穴类

一　天星十一穴歌与马丹阳天星十二穴并治杂病歌

《天星十一穴歌诀》乃金代道教代表人物之一、针灸家马钰（号丹阳顺化真人）根据针灸临床经验所撰。初时仅在其门徒中流传，经薛真人外传后，知之者始多。本歌诀首载于元代王国瑞《扁鹊神应针灸玉龙经》，至明代，针灸家徐凤在本歌诀基础上经过增删，特别是增加"太冲"一穴内容后，以《马丹阳天星十二穴并治杂病歌》之名称，收入其《针灸大全》一书，其后，《针灸聚英》（1529年初刊）转载此歌时题名为《薛真人天星十二穴歌》，附注为"马丹阳歌"，《针灸大成》（1601年初刊）转载此歌时题名为《马丹阳天星十二穴治杂病歌》。各书所载之本歌文字也有出入，特别是《天星十一穴歌诀》与其后诸书的记载颇有不同。根据各书问世的时间顺序，似反映了本歌内容的演变。今将《四库全书》所收之《扁鹊神应针灸玉龙经》中所载《天星十一穴歌诀》、《针灸大全》（人民卫生出版社1987年排印本。下同，略）所载《马丹阳天星十二穴并治杂病歌》分录于下，以资互参。

天星十一穴歌诀

三里内庭穴，曲池合谷彻。委中配承山，下至昆仑绝。环跳与阳陵，通里与列缺。合担用法担，合截用法截。专心常记此，莫与闲人说。三百六十法，不如十一穴。此法少人知，金锁都门镭。将针治病人，有如汤沃雪。非人莫传与，休把天机泄。

三里

三里在膝下，三寸两筋间。能除心腹胀，善治胃中寒。肠鸣并积聚，肿满膝胫酸。劳伤形瘦损，气蛊病诸般。人过三旬后，针灸眼能宽，取穴当举足，得法不为难。

内庭

内庭足两间，胃脉是阳明。针治四肢厥，喜静恶闻声。遍身风瘾疹，伸欠及牙疼。疟病不思食，针着便惺惺。

曲池

曲池曲肘里，曲著陷中求。善治肘中痛，偏风手不收。挽弓开未得，筋缓怎梳头。喉闭促欲绝，发热竟无休。遍身风隐疹，针灸必能瘳。

合谷

合谷名虎口，两指岐骨间。头疼并面肿，疟疾病诸般。热病汗不出，目视暗漫漫。齿龋鼻鼽衄，喉禁不能言。针著量深浅，令人便获安。

委中

委中曲腘里，动脉偃中央。腰重不能举，沉沉压脊梁。风痹髀枢痛，病热不能凉。两膝难伸屈，针下必安康。

承山

承山名鱼腹，腨下分肉间。可治腰背痛，久持大便难。脚气膝下肿，战栗腿疼酸。

霍乱转筋急，穴中刺必安。

昆仑

昆仑足外踝，后向足跟寻。腨肿腰尻痛，脚胯痛难禁。头疼肩背急，气喘上冲心。双足难行履，动作即呻吟。要得求安乐，须将穴下针。

环跳

环跳在髀枢，侧身下足舒。上足曲求得，针得主挛拘。冷风并湿痹，身体或偏枯。呆痴计与灸，用此没疏虞。

阳陵

阳陵居膝下，一寸外廉中。膝腿难伸屈，拘挛似老翁。欲行行不得，冷痹及偏风。诚记微微刺，方知最有功。

通里

通里腕侧后，度量一寸中，善呻并数欠，懊侬及心忪。实在四肢肿，喉闭气难通。虚则不能语，苦呕痛连胸。肘膊连臑痛，头腮面颊红。针入三分妙，神功甚不穷。

列缺

列缺腕侧上，手指头交叉。主疗偏风患，半身时木麻。手腕全无力，口禁不开牙。若能明补泻，诸病恰如拿。

马丹阳天星十二穴并治杂病歌

三里内庭穴，曲池合谷接。委中配承山，太冲昆仑穴。环跳与阳陵，通里并列缺。合担用法担，合截用法截。三百六十穴，不出十二诀。治病如神灵，浑如汤泼雪。北斗降真机，金锁教开彻。至人可传授，匪人莫浪说。

三里足膝下，三寸两筋间。能除心腹痛，善治胃中寒。肠鸣并泄泻，肿满脚胫酸。伤寒羸瘦损，气蛊疾诸般。人过三旬后，针灸眼重观。取穴举足取，去病不为难。

内庭足指内，胃脘属阳明。善疗四肢厥，喜静恶闻声。耳内鸣喉痛，数欠及牙疼，疟疾不思食，针后便醒醒。

曲池曲肘里，曲骨陷中求。能治肘中痛，偏风半不收。弯弓开不得，臂痪怎梳头。喉闭促欲死，发热更无休。遍身风疙瘩，针后即时瘳。

合谷在虎口，两指岐骨间。头疼并面肿，疟疾热又寒。体热身汗出，目暗视朦胧。牙疼并鼻衄，口禁更难言。针入看深浅，令人病自安。

委中曲腘里，动脉正中央。腰重不能举，沉沉侠脊梁。风痫及筋转，热病不能当。膝头难伸屈，针入即安康。

承山在鱼腰，腨肠分肉间。善理腰疼痛，痔疾大便难。脚气足下肿，两足尽寒酸。霍乱转筋急，穴中刺便安。

太冲足大指，节后三寸中。动脉知生死，能除惊痫风。咽喉肿心胀，两足不能动。七疝偏坠肿，眼目似云朦。亦能疗腰痛，针下有神功。

昆仑足外踝，后跟微脉寻。膊重腰尻痛，阳踝更连阴。头疼脊背急，暴喘满中心。踏地行不得，动足即呻吟。若欲求安好，须寻此穴针。

环跳在足髀，侧卧下足舒。上足屈乃得，针能废毒躯。冷风并冷髀，身体似缠拘。腿重踹痛甚，屈伸转侧嘘。有病须针灸，此穴最甦危。

阳陵泉膝下，外廉一寸中。膝肿并麻木，起坐腰背重。面肿胸中满，冷痹与偏风。努力坐不得，起卧似衰翁。针入五分后，神功实不同。

通里腕侧后，掌后一寸中。欲言言不出，懊侬在心中。实则四肢重，头腮面颊红。平声仍欠数，喉闭气难通。虚则不能食，咳嗽面无容。毫针微微刺，方信有神功。

列缺腕侧上，盐指手交叉。专疗偏头患，偏风肘木麻。痰涎频壅上，口禁不开牙。若能明补泻，应手疾如拿。

二 四总穴歌

据《针灸大成》记载，本歌诀出自《乾坤生意》，其后《针灸大全》、《针灸聚英》、《针灸大成》等针灸学名著均转载此歌。尽管它的作者和产生年代尚不完全清楚，但由于此歌诀以极简练的语言概括了四个临床常用经穴的主治区域，从一个侧面反映了当时针灸学术思想特色，故历来颇受重视，凡从事针灸医务工作者，可谓人人皆知。今从《针灸大全》中转录如下：

肚腹三里留，腰背委中求，头项寻列缺，面口合谷收。

王雪苔　李会新

第三节　刺灸法类

一 金针赋

本赋首载于《针灸大全》卷五，名《梓岐风谷飞经撮要金针赋》。据该书《金针赋序》记载，本赋作于明代正统四年（1439年），作者是一位自号“泉石心”、隐居于西河的针灸家。赋中不仅阐述了作者关于针法的学术观点，还详细介绍了多种具体行针手法，内容十分丰富。因此，许多后世针灸医家对其相当重视。例如，明代针灸家杨继洲不但将本赋收入其《针灸大成》一书，还为之作了详细注解，另一位明代针灸家吴昆则针对该赋中的一些学术观点作《修金针赋》（《针方六集》），阐述了不同见解。这种研讨和争论，推动了针灸医学的发展，所以，本赋是对后世影响深远的一篇针灸名作。据《针灸大全》所载，本赋全文为：

观夫针道，捷法最奇。须要明于补泻，方可起于倾危。先分病之上下，次定穴之高低。头有病而足取之，左有病而右取之。男子之气，早在上而晚在下，取之必明其理；女子之气，早在下而晚在上，用之必识其时。午前为早属阳，午后为晚属阴。男女上下，凭腰分之。手足三阳，手走头而头走足；手足三阴，足走腹而胸走手。阴升阳降，出入之机。逆之者，为泻为迎；顺之者，为补为随。春夏刺浅者以瘦，秋冬刺深者以肥。更观原气之厚薄，刺分浅深之尤宜。

原夫补泻之法，妙在呼吸手指。男子者，大指进前左转，呼之为补，退后右转，吸之为泻，提针为热，插针为寒；女子者，大指退后右转，吸之为补，进前左转，呼之为泻，插针为热，提针为寒。左与右有异，胸与背不同。午前者如此，午后者反之。是故

爪而切之，下针之法；摇而退之，出针之法；动而进之，催针之法；循而摄之，行气之法。搓则去病，弹则补虚。肚腹盘旋，扪为穴闭。沉重豆许曰按，轻浮豆许曰提。一十四法，针要所备。补者一退三飞，真气自归；泻者一飞三退，邪气自避。补则补其不足，泻则泻其有余。有余者为肿为痛，曰实；不足者为痒为麻，曰虚。气速效速，气迟效迟。死生富贵，针下皆知。贱者硬而贵者脆，生者涩而死者虚。候之不至，必死无疑。

且夫下针之法，先须爪按，重而切之，次令咳嗽一声，随咳下针。凡补者呼气，初针刺至皮肉，乃曰天才；少停进针，刺至肉内，是曰人才；又停进针，刺之筋骨之间，名曰地才。此为极处，就当补之。再停良久，却须退针至人之分，待气沉紧，倒针朝病。进退往来，飞经走气，尽在其中矣。凡泻者吸气，初针至天，少停进针，直至于地，得气泻之。再停良久，却须退针，复至于人，待气沉紧，倒针朝病，法同前矣。其或晕针者，神气虚也，以针补之，以袖掩之口鼻而气回，热汤与之，略停少顷，依前再施之。

及夫调气之法，下针至地之后，复人之分。欲气上行，将针右捻，欲气下行，将针左捻。欲补先呼后吸，欲泻先吸后呼。气不至者，以手循摄，以爪切掐，以针摇动，进捻搓弹，直待气至。以龙虎升腾之法，按之在前，使气在后；按之在后，使气在前，运气走至疼痛之所，以纳气之法，扶针直插，复向下纳，使气不回。若关节阻涩，气不过者，以龙虎龟凤通经接气。大段之法，驱而运之，仍以循摄爪切，无不应矣。此通仙之妙。

况夫出针之法，病势既退，针气微松；病未退者，针气如根，推之不动，转之不移，此为邪气吸拔其针，乃真气未至，不可出之。出之者，其病即复，再须补泻，停以待之，直候微松，方可出针豆许，摇而停之。补者吸之去疾，其穴急扪；泻者呼之去徐，其穴不闭。欲令腠密，然后调气，故曰下针贵迟，太急伤血；出针贵缓，太急伤气。以上总要，于斯尽矣。

考夫治病之法有八：一曰烧山火，治顽麻冷痹，先浅后深，用九阳而三进三退，慢提紧按，热至紧闭，插针除寒有准。二曰透天凉，治肌热骨蒸，先深后浅，用六阴而三出三入，紧提慢按，徐徐举针，退热之可凭。皆细细搓之，去病准绳。三曰阳中之阴，先寒后热，浅而深，以九六之法，则先补后泻也。四曰阴中之阳，先热后寒，深而浅，以六九之方，则先泻后补也。补者直须热至，泻者务待寒侵，犹如搓线，慢慢转针。盖法在浅则用浅，法在深则用深，二者不可兼而紊之也。五曰子午捣臼，水蛊膈气，落穴之后，调气均匀，针行上下，九入六出，左右转之，十遭自平。六曰进气之诀，腰背肘膝痛，浑身走注疼，刺九分，行九补，卧针五七吸，待气上行。亦可龙虎交战，左捻九而右捻六，是亦住痛之针。七曰留气之诀，痃癖癥征，针刺七分，用纯阳，然后乃直插针，气来深刺，提针再停。八曰抽添之诀，瘫痪疮癞，取其要穴，使九阳得气，提按搜寻，大要运气周遍。扶针直插，复向下纳，回阳倒阴。指下玄微，胸中活法，一有未应，反复再施。

若夫过关过节，催运气血，以飞经走气，其法有四：一曰青龙摆尾，如扶船舵，不进不退，一左一右，慢慢拨动。二曰白虎摇头，似手摇铃，退方进圆，兼之左右，摇而

振之。三曰苍龟探穴，如入土之象，一退三进，钻剔四方。四曰赤凤迎源，展翅之仪，入针至地，提针至天，候针自摇，复进其元，上下左右，四围飞旋。病在上吸而退之，病在下呼而进之。

至夫久患偏枯，通经接气之法，已有定息寸数。手足三阳，上九而下十四，过经四寸；手足三阴，上七而下十二，过经五寸。在乎摇动出纳，呼吸同法，驱运气血，顷刻周流，上下通接，可使寒者暖而热者凉，痛者止而胀者消，若开渠之决水，立时见功，何倾危之不起哉？《难（经）》曰：病有三因，皆从气血。针分八法，不离阴阳。盖经络昼夜之循环，呼吸往来不息。和则身体康健，否则疾病竞生，譬如天下国家地方，山海田园，江河溪谷，值岁时风雨均调，则水道疏利，民安物阜。其或一方一所，风雨不均，遭以旱涝，使水道涌竭不通，灾伤遂至。人之气血，受病三因，亦犹方所之旱涝也。盖针砭所以通经脉，均气血，蠲邪扶正，故曰捷法最奇者哉。

嗟夫轩岐古远，卢扁死亡，此道幽深，非一言而可尽。斯文细密，在久习而能通。岂世上之常辞，庸流之乏术，得之者若科之及第，而悦于心。用之者如射之发中，而进于目。述自先贤，传之后学，用针之士，有志于斯。果能洞造玄微，而尽其精妙，则世之伏枕之疴，有缘者遇针到病除，随手而愈。

二　补泻雪心歌

《补泻雪心歌》首载于《针灸聚英》。原书对作者及歌诀问世时间未作记载。本歌诀专论针刺补泻手法，“雪心”，意指内心清朗明晰，借喻掌握此歌诀，就可以理解补泻之法。今据《针灸聚英》（上海科技出版社1961年版）录其全文：

行针补泻分寒热，泻寒补热须分别；捻针向外泻之方，捻针向内补之诀。泻左须将大指前，泻右大指当后拽；补左大指向前搓，补右大指往下掀。如何补泻有两般，盖是经络两边发；补泻又要识迎随，随则为补迎为泻。古人补泻左右分，今人乃为男女别；男女经脉一般生，昼夜循环无暂歇。两手阳经上走头，阴经胸走手指辍；两足阳经头走足，阴经足走腹中结。随则针头随经行，迎则针头迎经夺；更有补泻定呼吸，吸泻呼补真奇绝。补则呼出却入针，要知针用三飞法；气至出针吸气入，疾而一退急扪穴。泻则吸气方入针，要知阻气通身达；气至出针呼气出，徐而三退穴开禁。莫向人前容易说。

三　行针总要歌

本歌诀出自《针灸大成》，原书未述其编写时间及作者。歌中所记述的取穴方法和针灸施治过程中的一些基本问题，对目前针灸疗法的临床应用仍有现实的参考价值。《针灸大成》（人民卫生出版社1980年第2版）中所载本歌为：

黄帝金针法最奇，短长肥瘦在临时，但将他手横纹处，分寸寻求审用之。身体心胸或是短，身体心胸或是长，求穴看纹还有理，医工此理要推详。定穴行针须细认，瘦肥短小岂同群，肥人针入三分半，瘦体须当用二分。不肥不瘦不相同，如此之人但着中，只在二三分内取，用之无失且收功，大饥大饱宜避忌，大风大雨亦须容。饥伤荣气饱伤腑，更看人神俱避之。妙针之法世间稀，多少医工不得知，寸寸人身皆是穴，但开筋骨莫狐疑，有筋有骨傍针去，无骨无筋须透之。见病行针须仔细，必明升降合开时，邪入

五脏须早遏，祟侵六脉浪翻飞，乌乌稷稷空中坠，静意冥冥起发机，先补真阳元气足，次泻余邪九度嘘，同身逐穴歌中取，捷法昭然径不迷。百会三阳顶之中，五会天满名相同，前顶之上寸五取，百病能祛理中风，灸后火燥冲双目，四畔刺血令宣通，井泉要洗原针穴，针刺无如灸有功。前顶寸五三阳前，甄权曾云一寸言，棱针出血头风愈，盐油楷根病自痊。囟会顶前寸五深，八岁儿童不可针，囟门未合那堪灸，二者须当记在心。上星会前一寸斟，神庭星前发际寻，诸风灸庭为最妙，庭星宜灸不宜针。印堂穴并两眉攒，素髎面正鼻柱端，动脉之中定禁灸，若燃此穴鼻鼾酸。水沟鼻下名人中，兑端张口上唇宫，龈交二龈中间取，承浆下唇宛内踪，炷艾分半悬浆灸，大则阳明脉不隆。廉泉宛上定结喉，一名舌本立重楼，同身捷法须当记，他日名声播九州。

王雪苔　李会新

第四节　证治类

一　流注通玄指要赋

《流注通玄指要赋》系金、元时期的针灸学家窦汉卿所撰，首载于他的《针经指南》（初刊于1295年）一书中。《普济方》亦全文收载了此赋。《针灸大全》、《针灸聚英》、《针灸大成》等针灸名著则简称为《通玄指要赋》予以转载，杨继洲还为之作了注解。

本赋总结了当时对主要常见病的针灸治疗经验，强调经络理论对临床的指导作用，并着重归纳了四肢肘、膝以下部位一些腧穴的主治病证。

今以《黄帝明堂灸经　灸膏肓俞穴法　子午流注针经　针经指南》（旧题针灸四书）为底本，参考《普济方》、《针灸大成》等诸书，辑录如下：

必欲治病，莫如用针，巧运神机之妙，工开圣理之深。外取砭针，能蠲邪而扶正；中含水火，善回阳而倒阴。

原夫络别支殊，经交错综，或沟池溪谷以歧异，或山海丘陵而隙共。斯流派以难揆，在条纲而有统。理繁而昧，纵补泻以何功；法捷而明，曰迎随而得用。

且如行步难移，太冲最奇。人中除脊膂之强痛，神门去心性之呆痴。风伤项急，始求于风府；头晕目眩，要觅于风池。耳闭须听会而治也，眼痛则合谷以推之。胸结身黄，取涌泉而即可；脑昏目赤，泻攒竹以偏宜。

但见苦两肘之拘挛，仗曲池而平扫；四肢之懈惰，凭照海以消除。牙齿痛吕细堪治，头项强承浆可保。太白宣导于气冲，阴陵开通于水道。腹痛而胀，夺内庭以休迟；筋转而疼，泻承山而在早。

大抵脚腕痛，昆仑解愈；股膝疼，阴市能医。痫发颠狂兮，凭后溪而疗理；疟生寒热兮，仗间使以扶持。期门罢胸满血膨而可已，劳宫退胃翻心痛以何疑。

稽夫大敦去七疝之偏坠，王公谓此；三里却五劳之羸瘦，华佗言斯。

固知腕骨祛黄，然骨泻肾。行间治膝肿目疾，尺泽去肘疼筋紧。目昏不见，二间宜取；鼻窒无闻，迎香可引。肩井除两臂难任，丝竹疗头疼不忍。咳嗽寒痰，列缺堪治，

眵䁾冷泪，临泣尤准。髋骨将腿痛以祛残，肾俞把腰疼而泻尽。以见越人治尸厥于维会，随手而苏；文伯泻死胎于阴交，应针而陨。

圣人于是察麻与痛，分实与虚，实则自外而入也，虚则自内而出欤。以故济母而裨其不足，夺子而平其有余。观二十七之经络，一一明辨；据四百四之疾证，件件皆除。故得夭枉都无，跻斯民于寿域；几微已判，彰往古之玄书。

抑又闻心胸病，求掌后之大陵；肩背患，责肘前之三里。冷痹肾败，取足阳明之土；连脐腹痛，泻足少阴之水。脊间心后者，针中渚而立痊；胁下肋边者，刺阳陵而即止。头项痛，拟后溪以安然；腰脚疼，在委中而已矣。夫用针之士，于此理苟能明焉，收祛邪之功而在乎捻指。

二　玉龙歌

《玉龙歌》最早载于元·王国瑞撰《扁鹊神应针灸玉龙经》一书之首，名为《一百二十穴玉龙歌》，明代的《针灸大成》简称为《玉龙歌》。由于歌名“玉龙”与书名“玉龙”互相照应，所以推测《玉龙歌》也是王国瑞所编。据《扁鹊神应针灸玉龙经》书后元·周仲良写的《后序》解释：“名玉龙者，盖以玉为天地之精，龙之神变极灵，此书之妙用，亦犹是也”。可见“玉龙”二字，不过是表示针灸的神妙而已。诸书所载《玉龙歌》的文字和病证编排顺序稍有不同，今以《四库全书》所收的《扁鹊神应针灸玉龙经》为底本，参考《针灸大成》等书，稍加校正，去掉注解，录原文如下：

扁鹊授我《玉龙歌》，玉龙一试痊沉疴，玉龙之歌世罕得，精研心手无差讹。吾今歌此玉龙诀，玉龙一百二十穴，行针殊绝妙无比，但恐时人自差别。补泻分明指下施，金针一刺显良医，伛者立伸患者起，从此名驰湖海知。

中风

中风不语最难医，顶门发际亦堪施，百会穴中明补泻，即时苏醒免灾危。

口眼㖞斜

中风口眼致㖞斜，须疗地仓连颊车，㖞左泻右依师语，㖞右泻左莫教差。

头风

头风呕吐眼昏花，穴在神庭刺不差，子女惊风皆可治，印堂刺入艾来加。

偏正头风

头风偏正最难医，丝竹金针亦可施，更要沿皮透率谷，一针两穴世间稀。

头风痰饮

偏正头风有两般，风池穴内泻因痰，若还此病非痰饮，合谷之中仔细看。

头项强痛

项强兼火四顾难，牙痛并作不能宽，先向承浆明补泻，后针风府即时安。

牙疼（附呕吐）

牙疼阵阵痛相煎，针灸还须觅二间，翻呕不禁兼吐食，中魁奇穴试看看。

乳蛾

乳蛾之症更希奇，急用金针病可医，若使迟延难整治，少商出血始相宜。

鼻渊

鼻流清涕名鼻渊，先泻后补疾可痊，若更头风并眼痛，上星一穴刺无偏。

不闻香臭

不闻香臭从何治，须向迎香穴内攻，先补后泻分明记，金针未出气先通。

眉目间痛

眉目疼痛不能当，攒竹沿皮刺不妨，若是目疼亦同治，刺入头维疾自康。

心痛

九般心痛及脾疼，上脘穴中宜用针，脾败还将中脘泻，两针成败免灾星。

三焦

三焦邪气壅三焦，舌干口苦不和调，针刺关冲出毒血，口生津液气俱消。

上焦热　附心虚胆寒

少冲穴在手少阴，其穴功多必可针，心虚胆寒还泻补，上焦热涌手中寻。

痴呆

痴呆一症少精神，不识尊卑最苦人，神门独治痴呆病，转手骨开得穴真。

赤目

眼睛红肿痛难熬，怕日羞明心血焦，但刺睛明鱼尾穴，太阳出血病全消。

目病隐涩

忽然眼痛血贯睛，隐涩羞明最可憎，若是太阳除毒血，不须针刺自和平。

目热

心血炎上两眼红，好将芦叶搐鼻中，若还血出真为美，目内清凉显妙功。

目烂

风眩烂眼可怜人，泪出汪汪实苦辛，大小骨空真妙穴，灸之七壮病除根。

目昏

肝家血少目昏花，肝俞之中补更佳，三里泻来肝血益，双瞳朗朗净无瑕。

耳聋　（附：红肿生疮）

耳聋气闭不闻音，痛痒蝉吟总莫禁，红肿生疮须用泻，只从听会用金针。

聋痨　二症

若人患耳即成聋，下手先须遇翳风，项上倘然生痨子，金针泻动号良工。

瘖症

哑门一穴两筋间，专治失音言语难，此穴莫深惟是浅，刺深翻使病难安。

痰嗽喘急

咳嗽喘急及寒痰，须从列缺用针看，太渊亦泻肺家疾，此穴仍宜灸更安。

咳嗽腰痛　附黄疸

忽然咳嗽腰膂痛，身柱由来穴更真，至阳亦医黄疸病，先泻后补妙通神。

伤风

伤风不解咳频频，久不医之劳病终，咳嗽须针肺俞穴，痰多必用刺丰隆。

咳嗽鼻流清涕

腠理不密咳嗽频，鼻流清涕气昏沉，喷嚏须针风门穴，咳嗽还当艾火深。

喘

哮喘一症最难当，夜间无睡气遑遑，天突寻之真穴在，膻中一灸便安康。

气喘

气喘吁吁不得眠，何日夜苦相煎煎，若取璇玑真个妙，更针气海保安然。

哮喘痰嗽

哮喘咳嗽痰饮多，才下金针疾便和，俞府乳根一般刺，气喘风痰渐渐磨。

口气

口气由来最可憎，只因用意苦劳神，大陵穴共人中泻，心脏清凉口气清。

气满

小腹胀满气攻心，内庭二穴刺须真，两足有水临泣泻，无水之时不用针。

气（附：心闷、手生疮）

劳宫穴在掌中心，满手生疮不可禁，心闷之疾大陵泻，气攻胸腹一般针。

肩肿痛

肩端红肿痛难当，寒湿相搏气血狂，肩髃穴中针一遍，顿然神效保安康。

肘挛筋痛　（二首）

两肘拘挛筋骨痛，举动艰难病可憎，若是曲池针泻动，更医尺泽便堪行。

筋急不和难举动，穴位从来尺泽真，若遇头面诸般疾，一针合谷妙通神。

臂痛

两胛疼痛气攻胸，肩井二穴最有功，此穴由来真聚气，泻多补少应针中。

肩背痛

肩臂风连背亦痛，用针胛缝妙通灵，五枢本治腰疼病，入穴分明疾顿轻。

虚

虚羸有穴是膏肓，此法从来要度量，禁穴不针宜灼艾，灸之千壮亦无妨。

虚弱夜起

老人虚弱小便多，夜起频频更若何，针助命门真妙穴，艾加肾俞疾能和。

胆寒心惊鬼交白浊

胆寒原是怕心惊，白浊遗精苦莫禁，夜梦鬼交心俞泻，白环俞泻一般针。

劳证

传尸劳病最难医，涌泉穴内没忧疑，痰多须向丰隆泻，喘气丹田亦可施。

盗汗

满身发热病为虚，盗汗淋漓却损躯，穴在百劳椎骨上，金针下著疾根除。

肾虚腰痛

肾虚腰痛最难当，起坐艰难步失常，肾俞穴中针一下，多加艾火灸无妨。

腰脊强痛

脊膂强痛泻人中，挫闪腰疼亦可针，委中也是腰疼穴，任君取用两相通。

手腕疼

腕中无力或麻痛，举指酸疼握物难，若针腕骨真奇妙，此穴尤宜仔细看。

臂腕痛

手臂相连手腕疼，液门穴内下针明，更有一穴名中渚，泻多勿补疾如轻。

虚烦

连月虚烦面赤妆，心中惊恐亦难当，通里心原真妙穴，神针一刺便安康。

腹中气块

腹中气块最为难，须把金针刺内关，八法阴维名妙穴，肚中诸疾可平安。

腹痛

腹中疼痛最难当，宜刺大陵并外关，若是腹痛兼闭结，支沟奇穴保平安。

吹乳

妇人吹乳痛难熬，吐得风痰疾可调，少泽穴中明补泻，金针下了肿全消。

白带

妇人白带亦难治，须用金针取次施，下元虚惫补中极，灼艾尤加仔细推。

脾疾翻胃

脾家之疾有多般，翻胃多因吐食餐，黄疸亦须腕骨灸，金针中脘必痊安。

腿风

环跳为能治腿风，居髎二穴亦相同；更有委中出毒血，任君行步显奇功。

膝疼无力腿如瘫，穴法由来风市间，更兼阴市奇穴妙，纵步能行任往还。

腿痛

髋骨能医两腿疼，膝头红肿一般同，膝关膝眼皆须刺，针灸堪称劫病功。

膝风

红肿名为鹤膝风，阳陵二穴便宜攻，阴陵亦是通神穴，针到方知有俊功。

脚气

寒湿脚气痛难熬，先针三里及阴交，更兼一穴为奇妙，绝骨才针肿便消。

脚肿

脚跟红肿草鞋风，宜向昆仑穴上攻，再取太溪共申脉，此针三穴并相同。

脚背痛

丘墟亦治脚胕疼，更刺行间疾便轻，再取解溪商丘穴，中间补泻要分明。

脚疾

脚步难移疾转加，太冲一穴保无他，中封三里皆奇妙，两穴针而并不差。

疟疾

疟疾脾寒最可怜，有寒有热两相间，须将间使金针泻，泻热补寒方可痊。

时疫疟疾

时疫疟疾最难禁，穴法由来用得明，后溪一穴如寻得，艾火多加疾便轻。

瘰疬

瘰疬由来瘾疹同，疗之还要择医工，肘尖有穴名天井，一用金针便有功。

痔瘘

九般痔疾最伤人，穴在承山妙入神，纵饶大痛呻吟者，一刺长强绝病根。

大便闭塞

大便闭塞不能通，照海分明在足中，更把支沟来泻动，方知医士有神功。

身痛

浑身疼痛疾非常，不定穴中宜细详，有筋有骨须浅刺，灼艾临时要度量。

惊痫

五痫之证不寻常，鸠尾之中仔细详，若非名师真老手，临时犹恐致深伤。

水肿

病称水肿实难调，腹胀膨脝不可消，先灸水分通水道，后针三里及阴交。

疝气　（三首）

由来气疝病多端，偏坠相兼不等闲，不问竖痃并木肾，大敦一泻即时安。
竖痃疝气发来频，气上攻心大损人，先向阑门施泻法，大敦复刺可通神。
冲心肾疝最难为，须用神针病自治，若得关元并带脉，功成处处显良医。

痔漏

痔漏之疾亦可针，里急后重最难禁，或痒或痛或下血，二白穴从掌后寻。

泄泻

脾泻为灾若有余，天枢妙穴刺无虞，若兼五脏脾虚证，艾火多烧疾自除。

伤寒

伤寒无汗泻复溜，汗出多时合谷收，六脉若兼沉细证，下针才补病痊瘳。

伤寒过经

过经未解病沉沉，须向期门穴上针，忽然气喘攻胸胁，三里泻之须用心。

脚细筋痛

脚细拳挛痛怎行，金针有法治悬钟，风寒麻痹连筋痛，一刺能令病绝踪。

牙痛

风牙虫蛀夜无眠，吕细寻之痛可蠲，先用泻针然后补，方知法是至人传。

心腹满痛　（附：半身麻痹、手足不仁）

中都原穴是肝阴，专治身麻痹在心，手足不仁心腹满，小肠疼痛便须针。

头胸痛、呕吐、眩晕

金门申脉治头胸，重痛虚寒候不同，呕吐更兼眩晕苦，停针呼吸在其中。

小肠疝气连腹痛

水泉穴乃肾之原，脐腹连阴痛可蠲，更刺大敦方是法，下针速泻即安然。

脾胃虚弱

咽酸口苦脾虚弱，饮食停寒夜不消，更把公孙脾俞刺，自然脾胃得和调。

臂细、筋寒、骨痛

臂细无力转动难，筋寒骨痛夜无眠，曲泽一针依补泻，更将通里保平安。

三　针灸歌

《针灸歌》见于元代王国瑞《扁鹊神应针灸玉龙经》。关于本歌诀的作者和问世时间，该书均未述及，仅在歌诀结尾有“此法传从窦太师”之语。歌中归纳了针灸治疗常见病症的许多取穴、配穴经验，内容丰富，故从《四库全书》所收《扁鹊神应针灸玉龙经》一书中，录其全文如下：

中风瘫痪经年月，曲鬓七处艾宜热。耳聋且气闭听会中，百会脱肛并泻血。承浆暴

哑口㖞斜，耳下颊车并口脱。偏正头疼及目眩，囟会神庭最亲切。

风劳气嗽久未痊，第一椎下灸两边。肺疼喘满难偃仰，华盖中府能安然。喉闭失音并吐血，细寻天突宜无偏。瘰疬当求缺盆内，紫宫吐血真秘传。

霍乱吐泻精神脱，艾灸中脘人当活。食积脐傍取章门，气癖食关中脘[1]穴。脐上一寸名水分，腹胀更施手诀。闭[2]元气海脐心下，虚惫崩宜[3]中真妙绝。

呕吐当先求膈俞，胁痛肝俞目翳除。肩如反弓臂如折，曲池养老并肩髃。泄泻注下取脐内，意舍消渴诚非虚。气刺两乳中庭内，巨阙幽门更为最。

忽然下部发奔豚，穴号五枢宜灼艾。肺俞魄户疗肺痿，疟灸脾俞寒热退。膏肓二穴不易求，虚惫失精并上气。

五痔只好灸长强，肠风痔疾尤为良。肠痛围脐四畔灸，相去寸半当酌量。赤白带下小肠俞，咳逆期门中指长。大敦二穴足大指，血崩血衄宜细详。

项强天井及天柱，鼻塞上星真可取。人门挺露号产癀，阴跷脐心二穴主。妇人血气痛难禁，四满灸之效可许。脐下二寸名石门，针灸令人绝子女。

肩髃相对主瘰留，壮数灸之宜推求。腹连殗殜骨蒸患[4]。转筋速灸承山上，太冲寒疝即时瘳。

脚气三里及风市，腰痛昆仑曲脷里。复溜偏治五淋病，涌泉无孕须怀子。阴中湿痒阴跷间，便疝大敦足大指。癫邪之病及五痫，手足四处艾俱起。

风拄地痛足胻疼，京历付阳与仆参。心如椎刺太溪上，睛痛宜去灸拳尖。历节痛风两处灸，飞扬绝骨可安痊。脾虚腹胀身浮肿，大都三里艾宜燃。

赤白痢下中膂取，背脊三焦最宜主。臂疼手痛手三里，腕骨肘髎与中渚。巨骨更取穴譩譆，肩背痛兼灸天柱。腰俞一穴最为奇，艾灸中间腰痛愈。

醉饱俱伤面目黄，但灸飞扬及库房。额角偏头疼灌注，头风眼泪视䀮䀮。伤寒热病身无汗，细详孔最患无妨。寒气绕脐心痛急，天枢二穴夹脐旁。

女人经候不匀调，中极气海与中髎。月闭乳痈临泣妙，瘕聚膀胱即莫抛。乳汁少时膻中穴，夜间遗溺觅阴包。足疼足弱步难履，委中更有三阴交。

心神怔忡多健忘，顶心百会保安康。两丸牵痛阴痿缩，四满中封要忖量。四直脐心灸便疬，胞转葱吹溺出良。忽然梦魇归泉速，拇指毛中最可详。

脑热脑寒并脑溜，囟会穴中宜著灸。鼻中息肉气难通，灸取上星辨香臭。天突结喉两旁间，能愈痰涎并咳嗽。忽然痫发身旋倒，九椎筋缩无差谬。

痈疽杂病能为先，蒜艾当头急用燃。犬咬蛇伤灸痕迹，牙痛叉手及肩尖。噎塞乳根一寸穴，四杈骨下正无偏。大便失血阳虚脱，脐心对脊效天然。

又歌曰：

心疼巨阙穴中求，肩井曲池躯背痛。眼胸肝俞及命门，足躄悬钟环跳中。阴跷阳维治胎停，照海能于喉闭用。大钟一穴疗心痴，太冲腹痛须勤诵。

脾胃疼痛泻公孙，胸腹痛满内关分。劳嗽应须泻魄户，筋挛骨痛销魂门。眼痛睛明及鱼尾，阴郄盗汗却堪闻。若也中风在环跳，小儿骨蒸偏历尊。

行步艰难太冲取，虚损天枢实为主。要知脊痛治人中，痴呆只向神门许。风伤项急风府寻，头眩风池吾语汝。耳闭听会眼合谷，承浆偏疗项难举。

胸结身黄在涌泉，脑昏目赤攒竹穿。两肘拘挛曲池取，转筋却向承山先。宣导气冲与太白，开通水道阴陵边。脚腕痛时昆仑取，股膝疼痛阴市便。

癫痫后溪疟间使，心痛劳苦实堪治。胸满胁胀取期门，犬教七疝兼偏坠。怯黄偏在腕骨中，五劳羸瘦求三里。膝肿目疾行间求，肘痛筋挛尺泽试。

若也鼻塞取迎香，两股酸疼肩井良。偏头风痛泻攒竹，咳唾寒痰列缺强。迎风冷泪在临泣，委中肾俞治腰行。三阴交中死胎下，心胸如病大陵将。

肩背患时手三里，两足冷痹肾俞拟。胁下筋边取阳陵，脊心如痛针中渚。头强项硬刺后溪，欲知秘诀谁堪侣。此法传从窦太师，后人行之踏规矩。

注释

〔1〕“腕”当作“脘”。

〔2〕“闭”当作“关”。

〔3〕本句原文似有误。“宜”字应移至前句“腹胀更施手诀”中“更”字之后，本段方能文句合韵，语义通顺。

〔4〕本句之后当有一押韵之句，原文似缺。

四　长桑君天星秘诀歌

据《针灸大成》记载，本歌诀出自《乾坤生意》（明·朱权撰，成书于明朝洪武24年）。惜该书现存之残卷中，仅能从目录中得知有针灸方面记载，却已无具体内容可考。歌诀名称中之“长桑君”，据《史记·扁鹊仓公列传》中记载，传说乃名医扁鹊之师，但歌赋体裁的针灸作品，是自金、元时期才逐渐兴盛起来，故本篇歌诀当是后人托长桑君之名所作。明代《针灸大全》、《针灸大成》均转载了此歌诀。今以《针灸大全》为底本，参考其它诸书有关本歌诀的记载，录全文如下：

天星秘诀少人知，此法专分前后施。若是胃中停宿食，后寻三里起璇玑。脾病血气先合谷，后刺三阴交莫迟。如中鬼邪先间使，手臂挛痹取肩髃。若转筋并眼花，先针承山次内踝。脚气酸疼肩井先，次寻三里阳陵泉。如是小肠连脐痛，先刺阴陵后涌泉。耳鸣腰痛先五会，次针耳门三里内。小肠气痛先长强，后刺大敦不要忙。足缓难行先绝骨，次寻条口及冲阳。牙疼头痛兼喉痹，先刺二间后三里。胸膈痞满先阴交，针到承山饮食喜。肚腹浮肿胀膨膨，先针水分泻建里。伤寒过经不出汗，期门三里先后看。寒疟面肿及肠鸣，先取合谷后内庭。冷风湿痹针何处，先取环跳次阳陵。指痛挛急少商好，依法施之无不灵。此是桑君真口诀，时常莫作等闲轻。

五　灵光赋

《灵光赋》首载于明代针灸家徐凤《针灸大全》，是整理和归纳针灸学术思想和临床经验的歌赋之一，言简义博，便于学习和应用，后世针灸专著亦多有转载。今以《针灸大全》为底本，参考诸书，辑录如下：

黄帝岐伯针灸诀，依他经里分明说。三阴三阳十二经，更有两经分八脉。灵光典注极幽深，偏正头疼泻列缺。睛明治眼胬肉扳，耳聋气痞听会间。两鼻鼽衄针禾髎，鼻窒

不闻迎香间。治气上壅足三里，天突宛中治喘痰。心痛手颤针少海，少泽应除心下寒。两足拘挛觅阴市，五般腰痛委中安。髀枢不动泻丘墟，复溜治肿如神医。犊鼻治疗风邪疼，住喘却痛昆仑愈。后跟痛在仆参求，承山筋转并九痔。足掌下去寻涌泉，此法千金莫妄传。此穴多治妇人疾，男蛊女孕两病痊。百会鸠尾治痢疾，大小肠俞大小便。气海血海疗五淋，中脘下脘治腹坚。伤寒过经期门应，气刺两乳求太渊。大敦二穴主偏坠，水沟间使治邪癫。吐血定喘补尺泽，地仓能止口流涎。劳宫医得神劳倦，水肿水分灸即安。五指不伸中渚取，颊车可针牙齿愈。阴跷阳跷两踝边，脚气四穴先寻取，阴阳陵泉亦主之。阴跷阳跷与三里，诸穴一般治脚气，在腰玄机宜正取。膏肓岂止治百病，灸得玄切病须愈。针灸一穴数病除，学者尤宜加仔细。悟得明师流注法，头目有病针四肢。针有补泻明呼吸，穴应五行顺四时。悟得人身终造化，此歌依旧是筌蹄。

六　席弘赋

《席弘赋》首载于《针灸大全》。关于本赋作者，《针灸聚英》在转载此赋时于赋后注明："右席弘赋，自《针灸大全》中表录于此。按席弘江西人，家世以针灸相传者。"据此，本赋似依据南宋的针灸名家席弘的临床经验所作。赋中总结了许多针灸治疗经验，很有临床参考价值。兹据《针灸大全》及其他诸书，录赋文如下：

凡欲行针须审穴，要明补泻迎随诀。胸背左右不相同，呼吸阴阳男女别。气刺两乳求太渊，未应之时泻列缺。列缺头疼及偏正，重泻太渊无不应。耳聋气痞听会针，迎香穴泻功如神。谁知天突治喉风，虚喘须寻三里中。手连肩脊痛难忍，合谷针时要太冲。曲池两手不如意，合谷下针宜仔细。心疼手颤少海间，若要除根觅阴市。但患伤寒两耳聋，金门听会疾如风。五般肘痛寻尺泽，太渊针后却收功。手足上下针三里，食癖气块凭此取。鸠尾能治五般痫，若下涌泉人不死。胃中有积刺璇玑，三里功多人不知。阴陵泉治心胸满，针到承山饮食思。大杼若连长强寻，气滞腰疼不能立。横骨大都宜急救。气海专能治五淋，更针三里随呼吸。期门穴主伤寒患，六日过经犹未汗。但向乳根二肋间，又治妇人生产难。耳内蝉鸣腰欲折，膝下明存三里穴。若能补泻五会间，且莫逢人容易说。睛明治眼未效时，合谷光明安可缺。人中治痫功最高，十三鬼穴不须饶。水肿水分兼气海，皮肉随针气自消。冷嗽先宜补合谷，却须针泻三阴交。牙齿肿痛并咽痹，二间阳溪疾怎逃。更有三间肾俞妙，善除肩背消风劳。若针肩井须三里，不刺之时气未调。最是阳陵泉一穴，膝间疼痛用针烧。委中腰痛脚挛急，取得其经血自调。脚疼膝肿针三里，悬钟二陵三阴交。更向太冲须引气，指头麻木自轻飘。转筋目眩针鱼腹，承山昆仑立便消。肚疼须是公孙妙，内关相应必然瘳。冷风冷痹疾难愈，环跳腰间针与烧。风府风池寻得到，伤寒百病一时消。阳明二日寻风府，呕吐还须上脘疗。妇人心痛心俞穴，男子痃疼三里高。小便不禁关元好，大便闭涩大敦烧。髋骨腿疼三里泻，复溜气滞便离腰。从来风府最难针，却用功夫度浅深。倘若膀胱气未散，更宜三里穴中寻。若是七疝小肠痛，照海阴交曲泉针。又不应时求气海，关元同泻效如神。小肠气撮痛连脐，速泻阴交莫待迟。良久涌泉针取气，此中玄妙少人知。小儿脱肛患多时，先灸百会次鸠尾。久患伤寒肩背痛，但针中渚得其宜，肩上痛连脐不休，手中三里便须求。下针麻重即须泻，得气之时不用留。腰连胯痛急必大，便于三里攻其隘。下针一泻三补之，气上

攻噎只管在，噎不住时气海灸，定泻一时立便瘥。补自卯南转针高，泻从卯北莫辞劳。逼针泻气便须吸，若补随呼气自调。左右捻针寻子午，抽针泻气自迢迢。用针补泻分明说，更用搜穷本与标。咽喉最急先百会，太冲照海及阴交。学者潜心宜熟读，席弘治病最名高。

七　治病十一证歌

《治病十一证歌》首见于《针灸大全》卷一，《针灸聚英》、《针灸大成》均以《杂病十一穴歌》之名予以转载，但歌诀的作者及撰写时间均未见记述。歌诀介绍了30个穴位（主要是肘膝以下穴位）用于治疗常见病证的经验，简明扼要，切于实用。今依《针灸大全》，录赋文如下：

攒竹丝竹主头疼，偏正皆宜向此针。更去大都徐泻动，风池又刺三分深。曲池合谷先针泻，永与除疴病不侵。依此下针无不应，管教随手便安宁。

头风头痛与牙疼，合谷三间两穴寻。更向大都针眼痛，太渊穴内用行针。牙痛三分针吕细，齿疼依前指上明。更推大都左之右，交互相迎仔细寻。

听会兼之与听宫，七分针泻耳中聋。耳门又泻三分许，更加七壮灸听宫。大肠经内将针泻，曲池合谷七分中。医者若能明此理，针下之时便见功。

肩背并和肩膊疼，曲池合谷七分深。未愈尺泽加一寸，更于三间次第行。各入七分于穴内，少风二府刺心经。穴内浅深依法用，当时蠲疾两三经。

咽喉以下至于脐，胃脘之中百病危。心气痛时胸结硬，伤寒呕哕闷涎随。列缺下针三分许，三分针泻到风池。二手三间并三里，中冲还刺五分依。

汗出难来刺腕骨，五分针泻要君知。鱼际经渠并通里，一分针泻汗淋漓。手指三间及三里，大指各刺五分宜。汗至如若通遍体，有人明此是医师。

四肢无力中邪风，眼涩难开百病攻。精神昏倦多不语，风池合谷用针通。两手三间随后泻，三里兼之与太冲。各入五分于穴内，迎随得法有神功。

风池手足指诸间，右痪偏风左曰瘫。各刺五分随后泻，更灸七壮便身安。三里阴交行气泻，一寸三分量病看。每穴又加三七壮，自然瘫痪即时安。

疟疾将针刺曲池，经渠合谷共相宜。五分针刺于二穴，疟病缠身方得离。未愈更加三间刺，五分深刺莫犹疑。又兼气痛增寒热，间使行针莫用迟。

腿膝腰疼痞气攻，髋骨穴内七分穷。更针风市兼三里，一寸三分补泻同。又去阴交泻一寸，行间仍刺五分中。刚柔进退随呼吸，去疾除疴捻指功。

肘膝疼时刺曲池，进针一寸是便宜。左病针右右针左，依此三分泻气奇。膝痛三分针犊鼻，三里阴交要七次，但能仔细寻其理，劫病之功在片时。

八　孙思邈先生针十三鬼穴歌

本歌诀出自《针灸大全》卷一，其内容与《千金要方》（唐·孙思邈撰）卷十四的有关记载略有出入[1]。《针灸聚英》转载此歌时题为《孙真人十三鬼穴歌》；《针灸大成》转载时题为《孙真人针十三鬼穴歌》，诸书文字略有出入。歌歌中之各“鬼穴”，乃治疗神志病的经验穴，为现代研究针灸治疗此类疾病，提供了选穴参考。今以《针灸

大全》为主，参考诸书，校录全文如下：

百邪癫狂所为病，针有十三穴须认。

凡针之体先鬼宫，次针鬼信无不应。一一从头逐一求，男从左起女从右。一针人中鬼宫停，左边下针右出针。第二手大指甲下，名鬼信刺三分深。三针足大指甲下，名曰鬼垒入二分。四针掌后大陵穴，入寸五分为鬼心。五针申脉名鬼路，火针三下七锃锃。第六却寻大杼上，入发一寸名鬼枕。七刺耳垂下五分，名曰鬼床针要温。八针承浆名鬼市，从左出右君须记。九针间使鬼营[2]上，十针上星名鬼堂。十一阴下缝三壮，女玉门头为鬼藏。十二曲池名鬼臣，火针仍要七锃锃。十三舌头当舌中，此穴须名是鬼封。手足两边相对刺，若逢孤穴只单通。此是先师真口诀，狂猖恶鬼走无踪。

注释

〔1〕据1982年人民卫生出版社影印本《备急千金要方》载，方歌中第四针为太渊穴，第六针为大椎穴，第九针为劳宫穴，第十二针为尺泽穴。

〔2〕《针灸大全》原文作"鬼市"，与前文中"承浆名鬼市"重，有误，据《针灸聚英》卷四下改。

九 徐秋夫鬼病十三穴歌

本歌诀出自明代针灸家高武《针灸聚英》卷四上。歌诀所标之徐秋夫，乃南北朝时刘宋朝的医家。据《南史·张融传》，传说徐秋夫疗鬼腰痛，本歌标徐秋夫之名，显系从这个故事推演而来。所言"鬼病"，以今天眼光看，主要指神志病，故歌中之腧穴，亦属治疗神志病的经验穴。今从上海科技出版社1961年版之《针灸聚英》一书中，录其全文如下：

人中神庭风府始，舌缝承浆颊车次。少商大陵间使连，乳中阳陵泉有据。隐白行间不可差，十三穴是秋夫置。

十 玉龙赋

本赋见于《针灸聚英》卷四上。是作者在《玉龙歌》的基础上缩写而成，概括了百余腧穴对常见病证的治疗作用。因该书对本赋作者情况未作记载，故作者姓氏、写作具体时间等无从查考。本赋内容精练，颇具临床参考价值。故据《针灸聚英》，录全文如下：

夫参博以为要，辑简而舍烦，总"玉龙"以成赋，信金针以获安。

原夫卒暴中风，顶门百会；脚气连延，里、绝、三交。头风鼻渊，上星可用；耳聋腮肿，听会偏高。攒竹头维，治目疼头痛；乳根俞府，疗气嗽痰哮。风市阴市，驱腿脚之乏力；阴陵阳陵，除膝肿之难熬。二白疗痔漏，间使剿疟疾；大敦去疝气，膏肓补虚劳。天井治瘰疬瘾疹，神门治呆痴笑咷。咳嗽风痰，太渊列缺宜刺；尫羸喘促，璇玑气海当知。期门大敦，能治坚痃疝气；劳宫大陵，可疗心闷疮痍。心悸虚烦刺三里，时疫痎疟寻后溪。绝骨三里阴交，脚气宜此；睛明太阳鱼尾，目证凭兹。老者便多，命门兼肾俞而着艾；妇人乳肿，少泽与太阳之可推。身柱蠲嗽，能除脊痛；至阳却疸，善治神

瘵。长强承山，灸痔最妙；丰隆肺俞，痰嗽称奇。风门主伤冒寒邪之嗽，天枢理感患脾泄之危。风池绝骨，而疗乎伛偻；人中曲池，可治其痿伛。期门刺伤寒未解，经不再传；鸠尾针痫癫已发，慎其妄施。阴交水分三里，蛊胀宜刺；商丘解溪丘墟，脚痛堪追。尺泽理筋急之不用，腕骨疗手腕之难移。肩脊痛兮，五枢兼于背缝；肘挛疼兮，尺泽合于曲池。风湿搏于两肩，肩髃可疗；壅热盛乎三焦，关冲最宜。手臂红肿，中渚液门要辨；脾虚黄疸，腕骨中脘何疑。伤寒无汗，攻复溜宜泻；伤寒有汗，取合谷当随。欲调饱满之气逆，三里可胜；要起六脉之沉匿，复溜称神。照海支沟，通大便之秘，内庭临泣，理小腹之䐜。天突膻中医喘嗽，地仓颊车疗口㖞。迎香攻鼻窒为最，肩井除臂痛如拿。二间治牙疼，中魁理翻胃而即差；百劳止虚汗，通里疗心惊而即差。大小骨空，治眼烂能止冷泪；左右太阳，医目疼善除血翳。心俞肾俞，治腰肾虚乏之梦遗；人中委中，除腰脊痛闪之难制。太溪昆仑申脉，最疗足肿之迍；涌泉关元丰隆，为治尸劳之例。印堂治其惊搐，神庭理乎头风。大陵人中频泻，口气全除；带脉关元多灸，肾败堪攻。腿脚重疼，针髋骨膝关膝眼；行步艰楚，刺三里中封太冲。取内关于照海，医腹疾之块；搐迎香于鼻内，消眼热之红。肚痛秘结，大陵合外关于支沟；腿风湿痛，居髎兼环跳于委中。上脘中脘，治九种之心痛；赤带白带，求中极之异同。又若心虚热壅，少冲明于济夺；目昏血溢，肝俞辨其实虚。当心传之玄要，究手法之疾徐。或值挫闪疼痛之不定，此为难拟定穴之可祛。

辑管见以便诵读，幸高明而无哂诸。

十一　拦江赋

《拦江赋》见于《针灸聚英》卷四上。关于作者，高武在赋后注云："拦江赋不知谁氏所作，今自凌氏所编集写本针书表录于此。"凌氏当为明初的著名针灸家凌云。赋中介绍了以八脉交会穴为主，用担截之法治疗全身病证的经验，并总结了一些针法应用的基本原则。今据《针灸聚英》录其全文：

担截之中法数何，有担有截起沉疴。我今作此拦江赋，何用三车五辐歌。先将八法为定例，流注之中分次第。心胸之病内关担，脐下公孙用法拦。头部须还寻列缺，痰涎壅塞及咽干。噤口喉风针照海，三棱出血刻时安。伤寒在表并头痛，外关泻动自然安。眼目之证诸疾苦，更用临泣使针担。后溪专治督脉病，癫狂此穴治还轻。申脉能除寒与热，头风偏正及心惊。耳鸣鼻衄胸中满，好用金针此穴寻。但遇痒麻虚即补，如逢疼痛泻而迎。更有伤寒真妙诀，三阴须要刺阳经。无汗更将合谷补，复溜穴泻好用针。倘若汗多流不绝，合谷补收效如神。四日太阴宜细辨，公孙照海一般行。再用内关施截法，七日期门可用针。但治伤寒皆用泻，要知《素问》坦然明。流注之中分造化，常将木火土金平。水数亏兮宜补肺，水之泛滥土能平。春夏井荥宜刺浅，秋冬经合更宜深。天地四时同此数，三才常用记心胸。天地人部次第用，仍调各部一般匀。夫弱妇强亦有克，妇弱夫强亦有刑。皆在本经担与截，泻南补北亦须明。经络明时知造化，不得师传枉用心。不遇至人应不授，天宝岂可付非人。按定气血病人呼，重搓数十把针扶，战提摇起向上使，气自流行病自无。

十二　肘后歌

《肘后歌》见于《针灸聚英》卷四上。本赋题名"肘后"，乃因古人常将随身携带的物品放在袍袖以内，悬于肘后，取用便利，所以"肘后"二字，与现代所说的"袖珍"同义，不过是强调本歌诀内容便于应用而已。本歌诀的作者及创作时间原书均未提及。歌中内容侧重于介绍远道取穴方法，尤详于对急性热病中的伤寒、疟病、痹证等的阐述。据《针灸聚英》所载，其全文为：

头面之疾针至阴，腿脚有疾风府寻。心胸有病少府泻，脐腹有病曲泉针。肩背诸疾中渚下，腰膝强痛交信凭。胁肋腿痛后溪妙，股膝肿起泻太冲。阴核发来如升大，百会妙穴真可骇。顶心头痛眼不开，涌泉下针定安泰。鹤膝肿劳难移步，尺泽能舒筋骨疼。更有一穴曲池妙，根寻源流可调停。其患若要便安愈，加以风府可用针。更有手臂拘挛急，尺泽刺深去不仁。腰背若患挛急风，曲池一寸五分攻。五痔原因热血作，承山须下病无踪。哮喘发来寝不得，丰隆刺入三分深。狂言盗汗如见鬼，惺惺间使便下针。骨寒髓冷火来烧，灵道妙穴分明记。疟疾寒热真可畏，须知虚实可用意。间使且透支沟中，大椎七壮合圣治。连日频频发不休，金门刺深七分是。疟疾三日得一发，先寒后热无他语。寒多热少取复溜，热多寒少用间使。或患伤寒热未休，牙关风壅药难投。项强反张目直视，金针用意列缺求。伤寒四肢厥逆冷，脉气无时仔细看。神奇妙穴真有二，复溜半寸顺骨行。四肢回还脉气浮，须晓阴阳倒换求。寒则须补绝骨是，热则绝骨泻无忧。脉若浮洪当泻解，沉细之时补便瘳。百合伤寒最难医，妙法神针用意推。口噤眼合药不下，合谷一针效甚奇。狐惑伤寒满口疮，须下黄连犀角汤。虫在脏腑食肌肉，须要神针刺地仓。伤寒腹痛虫寻食，吐蛔乌梅可难攻。十日九日必定死，中脘回还胃气通。伤寒痞气结胸中，两目昏黄汗不通。涌泉妙穴三分许，速使周身汗自通。伤寒痞结胁积痛，宜用期门见深功。当汗不汗合谷泻，自汗发黄复溜凭。飞虎一穴通痞气，祛风引气使安宁。刚柔二痉最乖张，口噤眼合面红妆。热血流入心肺腑，须要金针刺少商。中满如何去得根，阴包如刺效如神。不论老幼依法用，须教患者便抬身。打扑伤损破伤风，先于痛处下针攻。后向承山立作效，甄权留下意无穷。腰腿疼痛十年春，应针不了便惺惺。大都引气探根本，服药寻方枉费金。脚膝终年痛不休，内外踝边用意求。穴号昆仑并吕细，应时消散即时瘳。风痹痿厥如何治，大杼曲泉真是妙。两足两胁满难伸，飞虎神针七分到。腰软如何去得根，神妙委中立见效。

十三　百证赋

《百证赋》首载于明代高武《针灸聚英》。关于本赋的作者，高氏在本赋之后写道："不知谁氏所作，辞颇不及于《指微》、《标幽》。曰'百证'者，宜其曲尽百般病证针刺也。"赋中论述了多种病证的针灸治疗方法，是一篇总结针灸临床经验，且便于参考应用的文献。据《针灸聚英》所载，全文为：

百证俞穴，再三用心。囟会连于玉枕，头风疗以金针。悬颅颔厌之中，偏头痛止；强间丰隆之际，头痛难禁。原夫面肿虚浮，须仗水沟前顶；耳聋气闭，全凭听会翳风。面上虫行有验，迎香可取；耳中蝉噪有声，听会堪攻。目眩兮，支正飞扬；目黄兮，阳

纲胆俞。攀睛攻少泽肝俞之所；泪出刺临泣头维之处。目中漠漠，即寻攒竹三间；目觉䀮䀮，急取养老天柱。观其雀目肝气，睛明行间而细推；审他项强伤寒，温溜期门而主之。廉泉中冲，舌下肿疼堪取；天府合谷，鼻中衄血宜追。耳门丝竹空，住牙疼于顷刻；颊车地仓穴，正口㖞于片时。喉痛兮，液门鱼际云疗；转筋兮，金门丘墟来医。阳谷侠溪，颔肿口噤并治；少商曲泽，血虚口渴同施。通天去鼻内无闻之苦，复溜祛舌干口燥之悲。哑门关冲，舌缓不语而要紧；天鼎间使，失音嗫嚅而休迟。太冲泻唇㖞以速愈，承浆泻牙疼而即移。项强多恶风，束骨相连于天柱；热病汗不出，大都更接于经渠。且如两臂顽麻，少海就傍于三里；半身不遂，阳陵远达于曲池。建里内关，扫尽胸中之苦闷；听宫脾俞，祛残心下之悲凄。久知胁肋疼痛，气户华盖有灵；腹内肠鸣，下脘陷谷能平。胸胁支满何疗？章门不容细寻；膈疼饮蓄难禁，膻中巨阙便针。胸满更加噎塞，中府意舍所行；胸膈停留瘀血，肾俞巨髎宜征。胸满项强，神藏璇玑已试；背连腰痛，白环委中曾经。脊强兮水道筋缩，目瞤兮颧髎大迎。痓病非颅息而不愈，脐风须然谷而易醒。委阳天池，腋肿针而速散；后溪环跳，腿疼刺而即轻。梦魇不宁，厉兑相谐于隐白；发狂奔走，上脘同起于神门。惊悸怔忡，取阳交解溪勿误；反张悲哭，仗天冲大横须精。癫疾必身柱本神之令，发热仗少冲曲池之津。岁热时行，陶道复求肺俞理；风痫常发，神道还须心俞宁。湿寒湿热下髎定，厥寒厥热涌泉清。寒慄恶寒，二间疏通阴郄暗；烦心呕吐，幽门开彻玉堂明。行间涌泉，主消渴之肾竭；阴陵水分，去水肿之脐盈。痨瘵传尸，趋魄户膏肓之路；中邪霍乱，寻阴谷三里之程。治疸消黄，谐后溪劳宫而看；倦言嗜卧，往通里大钟而明。咳嗽连声，肺俞须迎天突穴；小便赤涩，兑端独泻太阳经。刺长强于承山，善主肠风新下血；针三阴于气海，专司白浊久遗精。且如肓俞横骨，泻五淋之久积；阴郄后溪，治盗汗之多出。脾虚谷以不消，脾俞膀胱俞觅；胃冷食而难化，魂门胃俞堪责。鼻痔必取龈交，瘿气须求浮白。大敦照海，患寒疝而善蠲；五里臂臑，生疬疮而能治。至阴屏翳，疗痒疾之疼多；肩髃阳溪，消瘾风之热极。抑又论妇人经事改常，自有地机血海；女子少气漏血，不无交信合阳。带下产崩，冲门气冲宜审；月潮违限，天枢水泉细详。肩井乳痈而极效，商丘痔瘤而最良。脱肛趋百会尾翠之所，无子搜阴交石关之乡。中脘主乎积痢，外丘收乎大肠。寒疟兮，商阳太溪验；痃癖兮，冲门血海强。

夫医乃人之司命，非志士而莫为；针乃理之渊微，须至人之指教。先究其病源，后攻其穴道。随手见功，应针取效。方知玄里之玄，始达妙中之妙。此篇不尽，略举其要。

十四　行针指要歌

本歌诀首载于《针灸聚英》，原书对歌诀问世时间及作者未作介绍。歌诀介绍了部分常见病证的取穴用穴经验，文简意明。据《针灸聚英》载，全文为：

或针风，先向风门气海中。或针水，水分夹脐脐边取。或针结，针着大肠泄水穴。或针劳，须向风门及膏肓。或针虚，气海丹田委中奇。或针气，膻中一穴分明记。或针嗽，肺俞风门须用灸。或针痰，先针中脘三里间。或针吐，中脘气海膻中补；翻胃吐食一般针，针中有妙少人知。

十五　回阳九针歌

本歌诀首载于《针灸聚英》，原书对歌诀问世时间及作者未作介绍。歌诀中所述9个俞穴，是用于危笃病证的常用经验穴。其全文为：

哑门劳宫三阴交，涌泉太溪中脘接；环跳三里合谷并，此是回阳九针穴。

十六　杂病穴法歌

本歌诀首载于明代李梴《医学入门》（初刊于1575年）。歌中归纳了多种常见杂症的针灸治疗经验。明代针灸家杨继洲将此歌诀收入其《针灸大成》一书中。据《针灸大成》载，其歌诀如下：

杂病随症选杂穴，仍兼原合与八法，经络原会别论详，脏腑俞募当谨始，根结标本理玄微，四关三部识其处。伤寒一日刺风府，阴阳分经次第取。汗吐下法非有他，合谷内关阴交杵。一切风寒暑湿邪，头疼发热外关起，头面耳目口鼻病，曲池合谷为之主，偏正头疼左右针，列缺太渊不用补，头风目眩项捩强，申脉金门手三里。赤眼迎香出血奇，临泣太冲合谷侣，耳聋临泣与金门，合谷针后听人语。鼻塞鼻痔及鼻渊，合谷太冲随手取，口噤㖞斜流涎多，地仓颊车仍可举。口舌生疮舌下窍，三棱刺血非粗卤，舌裂出血寻内关，太冲阴交走上部。舌上生苔合谷当，手三里治舌风舞，牙风面肿颊车神，合谷临泣泻不数。二陵二跷与二交，头项手足互相与，两井两商二三间，手上诸风得其所，手指连肩相引疼，合谷太冲能救苦。手三里治肩连脐，脊间心后称中渚，冷嗽只宜补合谷，三阴交泻即时住。霍乱中脘可入深，三里内庭泻几许，心痛翻胃刺劳宫，寒者少泽细手指。心痛手战少海求，若要除根阴市睹，太渊列缺穴相连，能祛气痛刺两乳。胁痛只须阳陵泉，腹痛公孙内关尔，疟疾《素问》分各经，危氏刺指舌红紫。痢疾合谷三里宜，甚者必须兼中膂，心胸痞满阴陵泉，针到承山饮食美，泄泻肚腹诸般疾，三里内庭功无比。水肿水分与复溜，胀满中脘三里揣。腰痛环跳委中神，若连背痛昆仑武。腰连腿疼腕骨升，三里降下随拜跪，腰连脚痛怎生医？环跳行间与风市。脚膝诸痛羡行间，三里申脉金门侈，脚若转筋眼发花，然谷承山法自古。两足难移先悬钟，条口后针能步履，两足酸麻补太溪，仆参内庭盘跟楚。脚连胁腋痛难当，环跳阳陵泉内杵，冷风湿痹针环跳，阳陵三里烧针尾。七疝大敦与太冲，五淋血海通男妇，大便虚秘补支沟，泻足三里效可拟。热秘气秘先长强，大敦阳陵堪调护，小便不通阴陵泉，三里泻下溺如注。内伤食积针三里，璇玑相应块亦消，脾病气血先合谷，后刺三阴针用烧。一切内伤内关穴，痰火积块退烦潮，吐血尺泽功无比，衄血上星与禾髎。喘急列缺足三里，呕噎阴交不可饶，劳宫能治五般痫，更刺涌泉疾若挑。神门专治心痴呆，人中间使祛癫妖，尸厥百会一穴美，更针隐白效昭昭。妇人通经泻合谷，三里至阴催孕妊，死胎阴交不可缓，胞衣照海内关寻。小儿惊风少商穴，人中涌泉泻莫深，痈疽初起审其穴，只刺阳经不刺阴。伤寒流注分手足，太冲内庭可浮沉，熟此筌蹄手要活，得后方可度金针，又有一言真秘诀，上补下泻值千金。

十七　胜玉歌

《胜玉歌》首载于明代针灸家杨继洲《针灸大成》（初刊于1601年）一书中，列于《玉龙歌》之后，乃杨氏家传针灸经验的总结。歌诀名称“胜玉”中之“玉”，是指《玉龙歌》，究其义，似指本歌诀之内容胜过《玉龙歌》。本歌诀中强调“六十六穴”的功效，并比较突出灸法在治疗中的应用。据《针灸大成》载，全文为：

胜玉歌兮不虚言，此是杨家真秘传，或针或灸依法语，补泻迎随随手捻。头痛眩晕百会好，心疼脾痛上脘先，后溪鸠尾及神门，治疗五痫立便痊。髀疼要针肩井穴，耳闭听会莫迟延。胃冷下脘却为良，眼痛须觅清冷渊。霍乱心疼吐痰涎，巨阙着艾便安然，脾疼背痛中渚泻，头风眼痛上星专。头项强急承浆保，牙腮疼紧大迎全，行间可治膝肿病，尺泽能医筋拘挛。若人行步苦艰难，中封太冲针便痊，脚背痛时商丘刺，瘰疬少海天井边。筋疼闭结支沟穴，颔肿喉闭少商前，脾心痛急寻公孙，委中驱疗脚风缠。泻却人中及颊车，治疗中风口吐沫，五疟寒多热更多，间使大杼真妙穴；经年或变劳怯者，痞满脐旁章门决。噎气吞酸食不投，膻中七壮除膈热，目内红肿苦皱眉，丝竹攒竹亦堪医。若是痰涎并咳嗽，治却须当灸肺俞，更有天突与筋缩，小儿吼闭自然疏。两手酸疼难执物，曲池合谷共肩髃，臂疼背痛针三里，头风头痛灸风池，肠鸣大便时泄泻，脐旁两寸灸天枢。诸般气症从何治，气海针之灸亦宜，小肠气痛归来治，腰痛中空穴最奇。腿股转酸难移步，妙穴说与后人知，环跳风市及阴市，泻却金针病自除。热疮臁内年年发，血海寻来可治之，两膝无端肿如斗，膝眼三里艾当施。两股转筋承山刺，脚气复溜不须疑，踝跟骨痛灸昆仑，更有绝骨共丘墟，灸罢大敦除疝气，阴交针入下胎衣。遗精白浊心俞治，心热口臭大陵驱，腹胀水分多得力，黄疸至阳便能离。肝血盛兮肝俞泻，痔疾肠风长强欺，肾败腰疼小便频，督脉两旁肾俞除，六十六穴施应验，故成歌诀显针奇。

王雪苔　李平　李会新

第三章　现代针灸研究进展

第一节　针灸临床研究进展

一　新疗法的研究

近年来，在传统针灸疗法的基础上，运用现代科学的方法，创造出许多新的针灸治疗方法。其中较为突出的有以下几种：

1.俞穴激光照射疗法： 激光进入针灸经络领域始于七十年代，主要是用小功率的氦一氖激光照射穴位治疗各种疾病，如高血压、哮喘、各种感染、创伤、遗尿症、面神经炎、近视眼以及妇科疾病等。由于它具有无痛、无创伤、无菌等特点，在临床上特别适用于小儿、年老体弱和对针刺过敏患者。

实验证明，在对血液循环的作用方面，发现接受激光治疗的患者及正常人，激光针能促使微血管开放增多，血管直径增粗、血流加速。在对人体免疫功能作用方面，发现在激光针照射穴位后，通过体内试验法及体外细胞免疫功能试验如E-玫瑰花结试验等，证明俞穴激光照射能增强人体的细胞免疫功能。通过超声诊断仪证明，在激光照射有关穴位后，胆囊出现明显收缩[4]。这些事实证明俞穴激光照射的生理作用与普通针灸很相似。

临床证明，在治疗呼吸系统疾病方面，有人对中西药物及其他疗法效果不好的139例支气管哮喘患者，经激光照射天突、肺俞等穴后，总有效率达89.9%。在治疗循环系统疾病方面，在用激光照射人迎穴后，可使血压立即下降，有效率达75.3%。在治疗消化系统疾病方面，用激光照射阑尾穴等治疗阑尾炎，近期治愈94%。此外，在治疗急性黄疸型病毒性肝炎方面，激光针照射足三里等穴的临床治愈率达98.3%。

2.俞穴磁疗法： 由于俞穴磁疗具有抗炎、镇静、消毒、止泻、降血压、化石等作用，因而在临床应用十分广泛。例如对各种浅表性疼痛的有效率在90%以上；对慢性腹泻、遗尿症等有效率在80%以上；促进骨折愈合，抑制快速增生的异常细胞亦较明显。有人通过对14种常见病的治疗观察，总有效率达85%。尤其有人用俞穴磁疗法排石，竟取得了比预期更好的结果。

3.微波针： 是毫针刺法与俞穴微波辐射疗法的结合，即微波针在一般针刺穴位得气

之后，再把微波幅射器的天线接到毫针针柄上。通过各单位的试用，认为对冠心病、心绞痛、半身不遂、三叉神经痛、坐骨神经痛、风湿性关节炎、痛经、扭伤等20余种疾病疗效较好，其疗效在90％以上。尤其值得指出的是，江苏省都江无县电厂所生产的DBJ-1型微波针灸仪，于1984年在保加利亚举行的第40届普罗夫迪夫秋季博览会上荣获金质奖章。这是我国医疗仪器在国际上第一次获得这样的奖章。既说明了国际上对我国针灸的重视，又说明了我国针灸医疗仪器水平有了空前的提高。

4.俞穴超声疗法：是应用小点型声头固定在穴位上，将超声能透入穴位进行治疗疾病的一种疗法。一般认为，对挫伤、肌肉关节疾病、胃肠道疾病、神经痛、肩周炎、过敏性鼻炎等有效率在90％以上。

此外，用冷冻针治疗妇女乳腺增生，其疗效比普通针提高33％，比中药提高23％。通过1,144例女性腹式绝育针麻手术证明，声电针组较通常使用的脉冲电针组，优级率高出7.7％，而且手术后期镇痛效果较稳定。电热针则在治疗某些癌症方面看到了可喜的苗头。

二　俞穴特异作用的研究

近年来通过大量的临床实践与实验研究，已经证明俞穴有相对特异作用。所谓的俞穴相对特异作用，是指穴位与非穴之间，特别是不同穴位之间，其作用是不同的。但是，这种差异一值被认为不是很显著。自1979年第一次全国针灸针麻大会之后，特别是自1984年第二次全国针灸针麻大会以来，关于俞穴的相对特异作用方面的研究，有了突破性的进展。即在针刺治疗与实验研究方面，发现某些穴位对相应内脏器官或某些疾病有较明显的特异作用，甚至是有本质上的差异。因而对俞穴的相对特异作用应有一个新的认识。

有人在用传统的针刺方法治疗三叉神经痛时，有效率仅为36.6％，痛止率仅为3.3％。但在找到特效穴后，有效率立即提高到99.2％，痛止率则提高到54％，新旧穴之间差异非常显著（$P<0.001$），其特效穴为鱼腰、四白与下关。

有人在对精神分裂症的治疗研究中发现，电针百会、人中两穴较传统的其他部位用电量要减少96.37％。认为百会穴是手足三阳经与督脉之会，人中穴是手足阳明经与督脉之会。

有人通过十余年间的不断研究，发现仅用一针一穴——针刺三阳络穴进行针麻肺切除术的优良率达85.7％，而过去的多经多穴针麻法的优良率则仅为74.8％，两者相比有显著的差异性（$P<0.01$）。

此外，有人通过实验观察发现，在针刺膀胱俞时，膀胱收缩，而当在针刺肾俞时则膀胱扩张，这在临床上具有很大的治疗意义。

三　针法的研究

近年来在针法的研究方面亦获得可喜的成果。实践证明，针法在针灸临床中具有重要的作用。

呼吸系统疾病：有人以孔最穴配尺泽穴针刺治疗肺结核大咯血，结果证明，凡行上下提插手法并行大弧度捻转强刺激后，能引起针感上下传导者，止血效果均较显著。

心血管疾病：针刺足三里穴，补法多使心率减慢，血管舒张；泻法则引起心率增

快、血管收缩。“烧山火”、“透天凉”手法也同补泻手法一样，能使血管出现规律性的舒缩反应。

消化系疾病：实验证明，轻捻转手法能引起小肠运动增强；而重捻转则使小肠运动减弱，两者差异显著($P \approx 0.05$)。用泻法强刺激足三里穴下压痛点治疗胆道蛔虫症，结果全部获得迅速缓解。

泌尿系疾病：以针刺双侧三阴交、昆仑穴组代替腹部加压进行静脉肾盂造影，结果证明弱手法刺激明显地优于强手法刺激，而强手法刺激则明显地优于对照组。

内分泌系统：实验证明，弱刺激有关穴位能使血浆质质醇和CAMP水平下降；而强刺激则使之升高且均显著。

免疫系统：冷冻针针刺相应穴位后，血中T细胞平均增长12.1%；手针相应穴位后，血中T细胞平均仅增长6.8%。因而证明冷冻针对免疫系统的效果，明显地高于普通针刺。

植物神经系统：应用红外线热像图技术观察，发现：补法以升温反应为主；而泻法则以降温反应为主。另从微循环的变化来看，补法主要是促进微循环血流速度加快；泻法则主要是促使毛细血管收缩。

通过以上手法的研究足以证明，针刺的不同手法作用已被客观反应所证实。针刺同一穴位对同一器官或器官系统所产生的作用，主要是由不同手法所决定。手法包括：针刺深度、强度、捻针角度、方向、针感强弱以及传导方向等。

四　针灸对各系统疾病调整作用的研究

近年来，通过大量的临床实践和实验研究证明，针灸对机体的各个系统、各个器官均具有多方面、多环节、多水平及多途径的调整作用。针灸之所以对各器官、各系统疾病具有治疗作用，例如具有抗感染、抗休克、止痉、镇痛等效果，正是由于针灸的调整-正常化作用所致，由于针灸的这种调整作用具有整体性、相对特异性、双相性以及良性作用等特点愈来愈被人们所认识，因而使得针灸的应用日渐普及。

1.呼吸系统：研究证明，针灸经穴不仅对呼吸运动的频率和幅度，而且对支气管平滑肌运动功能、通气量、肺活量、气道阻力、呼吸肌电以及横膈运动等均具有一定的调整作用。因而针灸不仅能治疗急、慢性支气管炎、支气管哮喘发作，而且可用电针素髎、内关、太冲等穴治疗中枢性及外周性呼吸衰竭，用针灸疗法治疗肺结核咳血亦有良好效果。

近年研究比较多的是针灸对支气管哮喘病的治疗。针刺鱼际穴治疗支气管哮喘200例，总有效率达98.5%。经穴敷药治疗支气管哮喘3700例，总有效率达96.8%，其药物成分主要有：白芥子、甘遂、细辛、干姜、麻黄、元胡等。

2.循环系统：研究证明，针灸不仅对心率、心律、血压及外周血管功能具有明显的调整作用，而且还对左心功能状态、冠状动脉功能、脑血管、内脏血管功能等具有明显的调整作用。近年有人用放射免疫法测定针刺对缺血性脑血管病患者的血浆亮-脑啡呔样物质含量的影响。结果发现针刺内关穴后：①缺血性脑血管病患者显著降低；②关节病等非缺血性脑血管病患者则明显升高；③健康组则无明显变化。因而认为，针刺对不同疾病的血浆亮-脑啡呔样物质含量水平的调整作用，可做为针刺机制的研究指标之一。

通过CT检查，发现针刺内关等穴位能使脑血管出血患者的出血逐渐吸收，血肿减小乃至消失。血肿减小和患者的临床症状相一致。因而认为，针刺穴位治疗脑血管出血的机制在于针刺能促进脑出血的吸收。

近年已开始从分子水平探讨针刺对心血管效应的形成机理。结果证明，针刺对心肌不缺氧的风湿性心瓣膜病患者，主要是通过增加CAMP的含量来加强心缩功能；对心肌严重缺血、缺氧的急性心肌梗塞患者，则借助降低CAMP水平来减低心肌耗氧负担。这就说明了针刺为什么能对这两种不同的疾病患者，都能收到一定疗效的原因，即说明了针灸具有双相性调节作用的机理。

此外，发现耳针治疗高血压病的总有效率达97.5%。

3.血液系统：在红细胞方面，针刺不仅对外周血液中红细胞计数及血红蛋白含量具有调整作用，近年证明针刺对红细胞表面电荷密度、外周血液中O_2与CO含量亦具有一定的调整作用。在白细胞方面，针灸穴位不仅对外周血液中白细胞总数，而且对白细胞分类如嗜中性白细胞和淋巴细胞亦具有调整作用。在针刺治疗过程中对与免疫作用密切相关的T细胞与B细胞计数及活性亦呈现正常化作用。

由于针灸对血液系统具有上述的调整作用，因而不断有人报道用针灸治疗再生障碍性贫血、原发性血小板减少性紫癜、止血血吸虫病脾切除后血小板过高症、嗜酸性白细胞增多症以及因放疗、化疗引起的免疫功能下降等。

4.消化系统：研究证明，针灸不仅对消化道的运动功能，而且对消化腺的排泌功能，如唾液腺、胃液、胰腺的外分泌、胆汁流量以及胆囊、胆道的舒缩功能等均具有调整作用。如针刺穴位可使胃肠道运动减弱者增强，而使增强者减弱。又如迄今为止在针刺穴位治疗胃下垂的报道中，虽然疗效有高有低，但并未见出现在治疗后使胃更为下垂的报道。这就说明，针灸不仅对机体呈现双相性调整作用，而且是良性调整作用。

在消化系统中近年进展比较突出的是：

（1）在消化系统X线检查中的应用：慢性阑尾炎患者在针刺阑尾穴后，阑尾排空时间延长，并伴有局限性压痛，按此诊断可使病理检查符合率由84.7%上升到100%；并使手术的可靠性由61.1%上升为100%。十二指肠球部变形，如为活动性溃疡引起者，在针刺穴位后可使其变形缓解，龛影暴露，借此可以提高十二指肠球部溃疡之诊断正确率。在针刺两侧内关、合谷穴后，可使功能性食道下段狭窄得以缓解，但如是器质性病变（食道癌）则无影响。可见针刺在X线诊断中具有重要监别诊断作用。

（2）治疗胆结石：电针右期门、日月穴的排石率为78.4%，耳穴压迫法的排石率为81.9%，用耳针、耳压综合疗法的排石率为98%，一般于针后3～24小时即可排出大小不等的结石。

（3）治疗慢性胆囊炎：用针刺治疗慢性胆囊炎，完全缓解者为72%，总有效率达96.5%。

（4）治疗胆道蛔虫症：针刺至阳穴治疗胆道蛔虫症，总有效率为97%。

（5）治疗复发性口疮：穴位注射转移因子(TF)治疗复发性口疮的有效率为79%。耳针治疗复发性口疮的有效率达100%。

（6）治疗胃下垂：长针治疗胃下垂，近期治愈率为40.6%，总有效率为89%。针刺

胃俞穴治疗胃下垂的总有效率达83%。用胃升液穴位注射治疗胃下垂的总有效率为96.7%。

（7）治疗阑尾炎：耳穴注射注射用水治疗阑尾炎，痊愈率为92.5%，总有效率为97.5%。证明本法对急性单纯性阑尾炎效果较突出。

（8）治疗婴幼儿腹泻：针刺关元穴治疗婴幼儿腹泻，治愈率为78%，有效率为94%。长强穴注入卡那霉素治疗婴幼儿腹泻治愈率达97%。

（9）治疗痔疮：二白穴，进针1寸深，得气后留针20分钟治疗痔疮，有效率为100%。用穴位割治法治疗痔疮，有效率为87.7%。

（10）治疗脱肛：针刺百会、长强等穴治疗儿童虚性脱肛的有效率为94.03%。以艾条灸百会、长强等穴治疗脱肛亦有一定的效果。

5.泌尿系统：研究证明针刺对肾脏泌尿功能、输尿管运动功能、膀胱运动功能以及尿道括约肌舒缩功能等均具有一定的调整作用。值得注意的是，针刺对泌尿系统的作用，穴位的特异作用较为突出。例如，针刺照海、阴谷穴对肾脏泌尿功能具有一定的促进作用；而针刺肾俞、京门穴则呈现抑制作用。近年发现针刺动物“膀胱俞”时，膀胱呈现收缩反应；但在针刺“肾俞”时则膀胱呈现扩张反应。

（1）治疗泌尿系统结石：穴位注射10%葡萄糖液治疗肾区结石的治愈率达44.12%，甚至直径2厘米的结石亦可排出。以针刺穴位为主，配服中药治疗泌尿系结石的排石率为73.4%。

（2）治疗尿便功能障碍：针刺治疗隐性骶椎裂引起的尿便功能障碍的有效率为93%，优良率为24%，较之显性骶椎裂所引起的尿便失禁有效率84%的疗效为高。针刺治疗产后及术后尿潴留的有效率达97.5%。

（3）针刺穴位代替腹部加压进行肾盂造影针刺两侧三阴交、昆仑穴，代替腹部加压进行静脉肾盂造影，100例全部获得成功。认为弱刺激明显优于强刺激，强刺激明显优于对照组。针刺穴位比腹部加压法更能提高诊断率。

6.生殖系统：在对子宫收缩功能的影响方面，不少单位分别以合谷、三阴交、足三里、交信等不同穴组，成功地用于妊娠引产，催产或死胎引产。但也可以针刺公孙穴，抑制子宫收缩，达到保胎的目的。

（1）灸法转胎：灸至阴穴转胎的有效率达84.2%，其中多数仅艾灸一次即转复。用激光针至阴穴，治疗臀位胎位亦获得成功。

（2）针刺人工流产：采用耳针扩张宫颈，进行人工流产的成功率达98%。电针引产时，已破膜组比未破膜组效果好。针灸催产比引产效果好。

（3）治疗不孕症：用针刺与隔姜灸治疗精虫减少所引起的不孕症的有效率达85%。治疗后可提高尿17羟与17类固醇的含量。

7.内分泌系统：

（1）交感肾上腺髓质系统：研究证明针刺穴位后，外周血液中肾上腺素含量增加，而有关脑区多巴胺与去甲肾上腺素含量呈现不同程度的降低，因而公认针刺对交感肾上腺髓质系统机能的双相调节作用，是针刺的升压与镇痛作用的基础之一。

（2）垂体性腺系统：研究证明针刺对催乳效果较好，有的针刺穴位治疗缺乳妇女

时，仅针1～5次即可收到显著效果，因而说明针刺能使垂体前叶泌乳素分泌增加。

（3）其他内分泌系统：研究证明针刺对其他内分泌系统，如垂体甲状腺系统、甲状旁腺、胰岛及其他内分泌腺体系统等均具有调整作用。近年针刺治疗甲状腺病、手足搐搦症、糖尿病以及针刺减肥等均收到较好的疗效。

8.免疫系统：大量的临床与实验研究证明，针灸对正常人体及动物均能增强其免疫功能，而对异常免疫状态则可以促进其恢复正常。尤其是近年证明，针灸还能提高某些癌病患者的免疫功能，这是一个值得深入探讨的大课题。

（1）对细胞免疫功能的作用：参与免疫反应的细胞基本上可分为两大类，一为免疫活性淋巴细胞，其中主要是T细胞和B细胞；另一类则为吞噬细胞，其中主要是血液中的单核细胞和粒细胞。事实证明，针灸后这两类细胞的各种免疫指标，几乎都可以明显提高。例如，针灸治疗志贺氏、福氏菌型痢疾时，不仅T细胞酯酶染色计数阳性率较治疗前显著升高（$P<0.001$），而且淋巴细胞转化率（<TT）和玫瑰花细形成率（RFC）亦较针灸治疗前有显著提高（$P<0.05$）。对晚期癌症患者，在经过针灸为主的治疗后，病情趋于稳定的患者，其E—玫瑰花结形成率亦提高。

针灸对外周血液中白细胞吞噬功能的影响方面，通过菌痢患者的观察，证明在针灸3次后可使其明显回升。

（2）对体液免疫功能的作用：早已公认，针灸对体液免疫功能方面的影响是多方面的。例如，对血清免疫球蛋白、备解素、调理素、补体、抗体（凝集素、溶血素、溶菌素、杀菌素等）、溶菌酶以及血浆杀菌力等均有一定的调整作用。

由于针灸对免疫系统具有上述广泛的调整作用，因此使得针灸在临床上的应用亦不断扩大和深入。

抗过敏反应：针灸治疗支气管哮喘的总有效率达96.8%。其他如荨麻疹等变态反应性疾病疗效亦较好。

抗炎治疗：我国用针灸进行治疗炎症的范围日渐扩大，其治疗范围由慢性炎症扩展到急性炎症，由浅表炎症扩展到体腔内的脏器炎症，由治疗各种炎症扩展到预防；由针灸科扩展到其他科。例如，除了腮腺炎、面神经炎、扁桃体炎、咽炎、喉炎、乳腺炎、中耳炎、胃肠炎、胆囊炎、支气管炎等常见炎症之外，现已证明，针刺治疗急性黄疸型肝炎的治愈率达98.5%，针灸疗效优于茵陈类药物对照组。国内首先报道针刺四井穴治疗急性嗜盐菌食物中毒治愈率达96.41%，亦优于药物对照组（$P<0.01$）。穴位注入注射用水治疗大叶性肺炎、阑尾炎亦优于青、链霉素等药物对照组。用针刺防治手术后感染，有效率达96%。

抗疟疾：近年通过针刺治疗间日疟的治疗观察，认为针灸有效率可达83.5%，痊愈率达74%。虽然疗效低于醋酸硝奎，但远优于单用青蒿煎剂。治疗的关键是：①在疟疾发作前两小时针刺；②取穴以督脉穴为主；③体实者用透天凉手法，体虚者用烧山火手法。过一疗效标准是针刺三天内疟原虫转阴者方为治愈，因而超过了以往的疗效水平。

抗癌：针灸抗癌有三方面的进展。①针刺治疗可以减轻晚期癌，例如减轻食道癌和胃癌的临床症状；②针刺穴位可以防止放疗对人体细胞免疫功能的抑制作用，对抗放疗对骨髓造血功能的破坏作用，缓解放疗的其他副作用，因而可以提高放疗的疗效。

9.神经系统：针灸对神经系统的作用是多方面和多水平的，但从针灸临床角度来看，主要是大脑皮层、脊髓、植物神经系统三个方面。

（1）针灸对大脑皮层机能的调整作用：针灸不仅可以直接的对大脑皮层具有调整作用，而且通过大脑皮层的作用又参予全身其它系统机能的调整作用。近年的临床研究证明，不论是脑血栓形成或是癫痫患者，在针刺治疗后病理性脑波一般均明显减弱，而α波指数与波幅均呈现普遍性提高，而且这种正常化趋势的进展程度与临床疗效相平行。值得注意的是，通过脑血栓、癫痫、神经性头痛等实验观察，发现灸法对脑电图背景活动的量变与质变的影响比针法略强，其及时效应作用的时间亦略强，因而说明治疗作用更好一些。

实验还证明，针刺穴位可以明显改变大脑皮层兴奋性，电针强度与效应之间具有一定的依从关系。强刺激对视区光诱发电呈抑制效应，而弱刺激则呈现易化效应。针刺的作用能被网状结构抑制药所阻断，因而认为针刺是通过网状结构来影响皮层的。但从针麻的研究中，即通过动物交叉循环的镇痛实验结果来看，针刺对大脑皮层机能的调整作用，不仅仅是通过神经通路，而且亦有神经介质参予活动。总之，研究证明在正常情况下，针灸能提高大脑皮层的机能活动；而在病理情况下，针灸则能促进大脑皮层机能恢复生理平衡。

由于针灸对大脑皮层具有上述的调整作用，因而使得在临床上获得一些治疗方面进展。

①针刺治疗精神分裂症：以辩证取穴的方法，即阳症躁狂者取督脉穴，用泻法；阴证抑郁者取任脉穴，用补法治疗平病500例，痊愈及显效率达71.8%。电针百会、人中二穴代替传统的电休克疗法治疗本病，可以使用电量降低91%，因而副作用明显降低而且疗效有所提高。

②针刺治疗癫痫：针刺脑电图定位灶的相应区治疗本病的有效率达85%。不仅可以控制癫痫发作，并且能改变颅内脑神经细胞群的异常放电。穴位埋线治疗本病的有效率达95%。

③针灸治疗乙型脑炎后遗症：用头部电针与体针交替使用治疗本病，有效率达83.4%。头针、体针、耳针加红外线照射穴位治疗本病，有效率高达100%，但强调早期治疗。

④针灸治疗智能发育不全：用穴位埋线和穴位注射治疗本病，有效率达90%。

⑤其他：针灸治疗发作性睡病、皮质盲、遗传性共济失调和震颤麻痹等疾病亦获得一定的疗效。

（2）针灸对脊髓的调整作用：所谓针灸对脊髓功能的调整作用，主要是指对脊髓损伤后的再生与机能的恢复作用。外伤性截瘫由于损伤了脊髓或马尾神经，因而造成肢体感觉和运动功能的丧失。针灸治疗外伤性脊髓截瘫取得较好的疗效，说明针灸对脊髓功能的恢复是有作用的。例如，以针灸为主结合功能锻炼治疗本病，总有效率达96%，痊愈与显效率达39%。针灸、电针、激光针、穴位注射综合治疗本病，总有效率达87.7%，痊愈与显效率达31.55%。

在针灸治疗脊髓前角灰质炎后遗症方面，临床证明针灸、电针、穴位注射、穴位结

扎，穴位埋线等疗法均可获得满意的疗效。例如，以循经和局部相结合的取穴方法治疗本病4.967例，有效率达98.71%，痊愈率达25.93%。以针灸为主结合药罐治疗本病，有效率达100%，痊愈率达78%。

(3) 针灸对周围神经的调整作用：通过针灸对周围性面神经麻痹、面肌痉挛、三叉神经痛、肋间神经痛、坐骨神经痛、周围神经损伤等的治疗以及通过肌电图，神经传导速度等客观指标的观察，证明针灸对周围神经系统具有明显的调整作用，并且临床疗效亦不断得到提高。例如，针刺治疗三叉神经痛的有效率由37%提高到 99.2%($P<0.01$)。疗效之所以得到如此大幅度的提高，主要是找到了治疗三叉神经痛的特效穴，即 1 支为鱼腰； 2 支为四白； 3 支为下关。

(4) 针灸对植物神经系统的调整作用：上述针灸对各内脏系统功能的调整作用乃是针灸对植物神经系统功能具有调整作用的客观反映。尤其是近年来通过针灸对内脏反射影响的研究，以及针灸对皮肤电反射、皮肤及深部组织的温度、容积脉搏波幅等影响的研究，都进一步证明针灸对植物神经系统功能具有明显的调整作用。例如，采用针刺 5 、 7 、 9 、11、14华佗夹脊穴的方法治疗肢端感觉异常症，有效率达100%。

10．感觉系统：大量的临床研究证明，针灸对各种感觉器都具有明显的调整作用。在眼科方面，针灸治疗斜视的痊愈率达87.5%，有效率达94%。耳穴贴压治疗青少年近视眼的显效率为57.1%，有效率达93%。在耳科方面，针刺治疗重度耳鸣的疗效达95%。氦氖激光穴位照射治疗急性中耳炎的痊愈率为75%，总有效率达100%。在鼻科方面，针刺治疗慢性鼻炎的总有效率达99%。在皮肤科方面，用电磁经络活化仪治疗带状疱诊的痊愈率为65.8%，总有效率达89.6%。埋线治疗银屑病的总有效率达95%。

王雪苔　王本显

第二节　经络研究进展

经络学说不仅与针灸学关系密切，而且也是中医理论的重要组成部分，现已成为国内外医学、生物学以及边缘科学工作者所共同关心和研究的一个重大理论课题。他们对经络学说的研究很重视，思路比较开阔，研究范围亦比较广泛。近年来国内外学者对经络学说提出了大量的研究报道，归纳起来主要有如下几大方面：

一　循经感传现象的研究

所谓循经感传现象，乃是指经穴在受到针刺或其它某种刺激后，所产生的酸麻胀热等感觉沿着经络循行路线传导的一种现象。近年来，国内外学者在探讨经络实质及针灸、针麻作用原理过程中，对这种循经感传现象进行了深入地研究，从而对循经感传现象的出现规律及产生机理等有了进一步的了解。

1.关于循经感传的激发与诱发方法：早期多以针刺、艾灸或掐压经穴等，以激发循经感传。自70年代，则多采用低频电脉冲刺激井穴，或反复轻捻转并小幅度快速提插针

下

刺，电锟针反复多次短程接力刺激，电锟针刺激并循经加热等激发方法，更有人采取气功入静后按压经穴的方法加以诱发，从而提高了循经感传的出现率。张缙等认为将各种手法与电刺激参数等有机的结合起来，可以使感传循经，提高气至病所的出现率。胡翔龙等认为，以恒压输出的脉冲电流作为测试电源，可以保证整个测试过程中测试电频压力和通电时间的恒定。于书庄等通过3000多例针刺手法激发表明，隐性感传是可以转化为显性感传的；针刺手法是促使其转化的重要外界条件。其作用的手法为，传统的针刺捻转、震颤、循摄法等。此外，何庆年等发现，不论是气功锻炼本身，还是由气功师发功时所产生的信息，以及摸拟这种信息的生物场治疗仪，都能激发循经感传。

2.循经感传与疗效的关系：程连瑚等通过对950例急、慢性支气管炎、支气管哮喘、风湿性关节炎等疗效的分析，发现：无循经感传者的疗效为57.62%，而有循经感传的疗效达97.92%。同时发现：当循经感传到达某器官时，亦出现相应的针刺效应。如针刺足三里感传到达腹部时，即出现肠鸣音亢进等。李永光等通过2861例病人的循经感传资料的分析，发现循经感传与疾病有三层关系，即病人多见、病经多见与病所多见，并称之为趋病性。赵和熙等通过112心血管病人的观察发现，在“气至病所”的34例患者中，针灸近期总有效率达95%，与无“气至病所”者相比有显著性差异。

关于循经感传与疗效的关系，在国外亦有类似的报道，如铃木裕视等自1978年以来，发现60例头部感传现象，出现头部感传者针刺疗效便好，反复针刺时便易出现头部感传。

3.对循经感传的影响因素：现已阐明有很多因素能影响到循经感传的出现，归纳起来有以下几个因素。

（1）药物：很多学者发现药物因素与循经感传有密切的关系。例如，汪桐等通过160例患者的观察发现，以乙酰胆硷激发循经感传的作用最佳，三磷酸腺苷次之，但肾上腺素则不能提高循经感传的出现率。

（2）截瘫：截瘫对循经感传现象的影响，主要看截瘫的程度。如是不完全性截瘫，则观察结果并不完全一致；如是完全性截瘫，则观察结果基本上一致，即脊髓完全横断者便无感传现象。如肖永俭等通过200例外伤性截瘫患者的观察，发现循经感传多止于损伤感觉平面；7例经手术及x线拍片证明脊髓完全横断者，针刺下肢穴位时皆不出现循经感。傅肇明等亦报道，64例脊髓完全横贯损伤者无一例发现循经感传。从而说明，脊髓的完整是产生循经感传的必要条件。

此外，还发现截肢、脊髓灰白质炎后遗症、脑部疾患、冠心病、精神病、麻醉等对循经感传亦有不同的影响。在国外，关于循经感传影响因素的研究方面，丸山源司等发现，在出现感传的途中，如用手指压迫时，循经感传便很容易被阻断；如预先在针刺部位注射了毫升0.5%利多卡因时，则不再出现感传现象。这些结果与国内基本上是一致的。

二　经穴电现象的研究

现在各国学者对经穴电现象观察的结果，多数学者认为经穴部位电阻较非经穴部位低，但电位则较非经穴部位高。然而由于影响经穴部位电学特性因素很多，而且各种因

素之间很复杂，因此，各家之间的测定结果往往很不一致。为克服这种情况，近年国内外学者曾设计出若干新方法，从而使测定水平有进一步提高。

1.经络线的非对称性双向脉冲电流测定法： 张世仪等鉴于在经穴电特性的研究中，同时观察多条络经络线之间互相比较的工作尚少，因而同时测定人体9条经络线上的一些穴位和非穴点的阻抗，并观察其特点和规律。阻抗测定用非对称性双向脉冲电流的802A型数据多用表。全部数据均进行统计学处理。通过44人39条经的58个经穴部位测定结果显示，经穴平均阻抗值为16.33±2.8千欧，但经线上的非穴点的平均阻抗值则为18.55±3.75千欧（$P<0.01$），说明经穴部位具有相对低阻抗特性。

2.三种皮肤阻抗仪同时测定法： 刘亦鸣等应用三种皮肤阻抗测定仪同测一条大肠经的隐性循经感传线。结果发现三种测定仪之间没有显著差异，由于不仅是经穴而且是隐性循经感传线全线绝大多数点均显示低阻抗性，又由于隐性循经感传线和经典经络线重合，因而认为大肠经具有低阻抗特性。

3.恒流式皮肤电阻率测定法： 包凤芝等采用恒流式皮肤电阻率测定仪和采用直径0.6毫米的三点式电极测定法，通过500名患者和100名正常人的测定结果，发现病人经穴电阻率明显地偏离各自的中位数，其P值都小于0.001，与正常人构成明显的差异。

4.定压、定时、定电流测定法： 杨云碧等采用DF-Z型穴位探测仪，并配备以定压、定时、定电流的银-氯化银探测电极和数字显示并且自动打印记录的方法，对34例确定患者和22名健康者测定结果，进一步证实穴位的低阻抗特性，及其在机体不同状态下有不同反映的特性，即认为在一定程度上，穴位电阻可以反映不同疾病的变化。

5.无外加电源复合参数测定法： 唐贤伟等研究出一种WR-F型无外加电源耳穴复合参数探测仪。通过病人与对照组各83例271穴次测定结果，发现：①患者耳穴电流和电位明显高于对照组，但电阻则显著低于对照组；②当r值降低时，v与i和E之间呈现极明显的相关关系和回归关系；③WR-F型耳穴探测仪在诊断疾病方面具有较高的实用价值。

6.对经络电特性的研究： 对经络电特性的研究比对穴位电特性研究的难度更大，也更为复杂。Reichmanis等应用拉普拉斯平面分析（Laplace Place Analysis）对同一条经两个穴位之间交流阻抗测定的结果，发现同一条经的两穴间阻抗较经旁对照点之间的阻抗低、容抗高，即：①心经少海穴与灵道穴之间的交流阻抗，比其两侧旁开1.5厘米的对照点之间阻抗的低（$P<0.05$）；②与阻抗相反，少海与灵道穴之间的容抗(C)则比其旁开对照点之间的容抗为高；③相角（ϕmin）则无明显差异。C.Lonescu-Tirgoviste等，通过储象示波器对经络电阻测定的结果，发现同一条经（大肠经）两个穴位之间的电阻值，取决于两个穴位之间的距离，而两个相同穴位之间的电阻值，取决于穴位之深度。吉田太郎等，认为经络乃是功能线。如果应用所谓的四维性的科学-电极波，便可以验证用形态学所无法证明的经络功能线。他通过I.P.（Lon Pump-离子泵）示波学方法，证明了经络流注的方向性问题。认为在临床治疗时，如按经络的流注方向进行配穴，便会收到更佳的疗效。此外，Mzsako Ono根据穴位局部电流密度较高的原理，通过电化学反应的方法用肉眼观察并照像记录穴位的具体图象、大小与位置，获得成功。如三阴交穴呈现出直径为1～2毫米的几个小斑点集合成指头大小的形状，足三

里穴则为直径2毫米的马蹄型。

Pontigny通过一系列的研究后认为，穴位部位既是电反射区又是电接受区，并且具有较高的灵敏度，甚至比近代电子计算机更为完善。自外界来的信息，经由特殊的受体接受之后被传递到中枢神经系统。经过中枢神经系统"领会"之后，这种信号转变成电信号又重新投射到人体皮肤上。由于人体穴位的灵敏度很高，因此能十分清断地接受这些信号，而且还有一种非常特异的选择性 。

三　证明经络存在的其它生物物理学指标的研究

1.经穴冷光的研究： 中国科学院生物物理研究所等，通过144人，10,000余次的实验观察，发现穴位的冷光强度为32.75（记数/10秒），非穴位的冷光强度为25.01（记数/10秒），两者相差非常显著（P＜0.001）。井、荥、原、经、合、络、郄等穴较一般穴位冷光强度较强，而井穴与原穴最强。同时证明，十二经路线上测试点的发光强度强1.5倍。因而得出，这些高发光线与十二经线相重合的结论。

2.经穴声信息的研究： 辽宁中医学院等首先报道，刺激穴位时在相应的经络线上可以记录到一定的声信息，其强度随传导距离的延长而减弱，凡有感传者传导的较远，并有一定的循经性。同时，认为经线上的声信息比非经线强数倍（P＜0.01）。安徽中医学院等，认为人体经穴声信息的特点为：频率2～15赫兹，振幅0.5～10毫伏，波形近似尖波或正弦波，双相传导速度为6.2～10厘米/秒。他们参照人体经络路线,采用声电感传器、多导生理记录仪、高频磁带录音机、频谱分析仪和计算机等仪器,通过56只绵羊38,477次测定，终于在绵羊身上测出脾、胃两条经线。其频率为2～304赫兹，振幅为0.33～1.5毫伏，波形为连续脉冲波，具有循经性、双向性和可重复性。

3.红外线热像图的研究： 红外线热像图应用于经络的研究，最早是法国的J·Borsarello于1970年开始的，他认为面部的红外线热像图与经络之间存在着相似性。日本东京教育大学芹泽胜助教授，自1971年至1974年，曾在三年之间共拍摄28张全身红外线热像图照片。经过分析认为，穴位部位比其周围组织的温度高约0.5～1.0℃。在国外应用此项技术方法对经穴、经络诊断、针灸刺激与针灸治疗等进行了一系列的研究。

在国内近年来亦相继开展了此项研究。例如，北京市中医研究所等报道，用国产YRX-1型医用热像仪观察，发现在阳陵泉穴给予电针或微波针灸后，在热像图上出现与胆经基本一致的低温带（暗带），10例中有8例与胆经部位完全一致。中国人民解放军总医院等报道，刺激后循经出现热感传，红外线热像图便显示一条亮带；循经出现凉感者，红外线热像图便显示一条暗带。此亮带或暗带与受试者感传线一致，并与经络路线基本相符。

4.循经血流图的研究： 王本显等用阻抗式容积描记法，对34例有感传者和10例无感传者进行诱发经络感传刺激前后血流图的观察，发现在感传过程中肢体血流图的改变有循经的趋势。福建省中医研究所等，通过10例循经感传者与15例无感传者的针刺观察，和18例未作针刺的静卧对照，亦发现在感传过程中血流图的改变有循经的趋势。从而提示，血流图的改变亦可以做为显示经络客观存在的间接指标之一。

此外，在国外有人应用超声波摄影法、辐射场摄影法对经络、俞穴进行了一系列的

研究。

四　循经皮肤病的研究

在1979年第一届全国针灸针麻大会上，北京六院李定忠曾报道93例循经皮肤病，曾引起国内外有关学者的重视。1984年8月在全国第二届针灸针麻大会中，由人民卫生出版社与日本雄浑社共同出版了李氏根据232例循经皮肤病所写的《经络现象1——循经皮肤病》一书，做为对大会的献礼。这一本书的意义在于，它通过232例循经皮肤病，真正直接的客观地提供了经络存在的新证据。

为什么说，循经皮肤病不是偶然的巧合，而是经络现象的有力证据呢？自50年代开始不仅在我国而且在日本、苏联、西德以及匈牙利等国都陆续有循经皮肤病的报道。但国外的报道例数一般只是几例，不像我国仅北京六院一次便报道了232例循经皮肤病。近年来上海、西安两地也各报道了十余例循经皮肤病。所谓循经皮肤病乃是指沿着经络循行路线发生的皮肤病。我们说循经皮肤病是经络现象的有力证据而不是偶然的巧合的根据是：

（1）例数多，仅六院就发现232例（现在已315例），如果各地都像李定忠氏那样注意观察，例数肯定会更多；

（2）涉及的病种多，不仅有后天性的各种皮肤病，如神经性皮炎、湿疹、荨麻疹、列序状色素沉着等可出现循经现象，而且还有贫血痣、色素痣、单纯性血管肿、汗腺角化症、软性纤维肿等先天性皮肤病亦可发现有循经现象。

（3）循经性较强，例如循心包经的皮肤病神经性皮炎、疣状痣等，从中冲至天池显示了经络的全程。

（4）出现的经络范围广，不仅十二经都有，而且任、督二脉及带脉也有。

（5）有与俞、募穴联系的趋向，例如：心包经的循经皮肤病不仅在心包经全程上出现，而且出现与膻中和厥阴俞相连的趋向。

（6）循经皮肤病的病理变化初步表明：表皮层存在着细胞间通讯问题，真皮微血管有循经通透性改变的问题。提示人们经络不仅与生物学有关，而且与物理化学因素有关。

（7）施行循经治疗时具有较好的疗效，例如在俞穴进行贴敷磁珠等治疗时，对神经性皮炎、湿疹、扁平苔癣等均收到较好的疗效。反过来又证明循经皮肤病与经穴的相关性。

五　有关经络实质问题的探讨

经络到底是指机体中的那些组织结构，究竟应该如何理解经络的实质，乃是长期以来国内外学者所极为关注的一个问题。我国学者多年来对此进行了多方面的探讨。国外学者亦对此寄予很大的关注，有的还开展了较为深入的研究。归纳起来，大致有以下一些论点：

1.神经及神经体液论：国内外解剖学者大量的研究结果表明，不论是经络俞穴的结构或配布，还是针感与针灸效应及其机理，几乎全部涉及到神经-体液因素。因而认为，可以通过神经及神经体液论机理揭示经络的功能及其实质。

(1) 从神经节段分布规律阐明经络俞穴的配布：上一医周沛华等应用分层大体解剖的方法进行详细研究的结果，发现十二经脉和伍脉循行部位上的324个穴位中，有脊神经或脑神经支配的占99.6%，从而说明经络俞穴与周围神经有着极为密切的关系。同时还证明，穴位处的神经分布和其所属经络相关内脏的神经分配，同属于相同脊髓节段；各对阴阳表里经的神经分布，亦基本属于相同脊髓节段；而有关神经的侧支，也有重叠或吻合现象，说明这与别络的通路有关。沈医杨枫等研究证明，人体四肢上的经络循行线，与周围神经的分布亦大致相符。如手太阴肺经沿肌皮神经、前臂外侧皮神经的分布走行；手少阴心经沿臂、前臂内侧皮神经、尺神经的分布走行；手厥阴心包经则沿正中神经的分布走行。而且在经脉的弯曲部位，以及从经脉上分出较大络脉的部位，也有相应的神经或其分支分布。他们还把十四经各俞穴的主治病症的特点，逐一的与神经节段支配关系加以核对，发现其绝大部分是与同节段反射联系相一致的；在四肢的远端穴位亦符合这一规律。因而认为，体躯-内脏神经的节段联系，很可能是经络实质之所在。最近锦州医学院胡佩儒等，通过按层次解剖法对两手三焦经的井、荥、俞、原、经、合穴及络穴，即关冲、液门、中渚、阴池、外关、支沟、天井七穴观察的结果，亦获得与上述相似的结果。

法国著名针灸学者M•Deek 根据自己的临床经验，亦认为某些躯体神经痛的部位与经络的循行路线十分相似，因而认为古代经络学说可能就是这样逐步创立和发展起来的。例如，前臂外侧与手臂外侧（颈5～6节段）神经痛。前臂后侧与手臂后侧（颈7节段）神经痛，相当于三焦经疾患。

(2) 认为交感神经是经络实质的重要组成部分：安徽中医学院有人在尸体上用大体解剖的方法，发现膀胱经内侧线的走行以及俞穴的分布情况，与交感神经干及其交通支和脊神经联系点在体表的投影，在很大程度上相符合。文琛等通过荧光组织化学的方法，发现人与动物很多器官的结缔组织中细小血管周围，都有肾上腺素能和胆碱能神经终末的双重神经分布，这些神经绝大部分属于交感神经节后纤维。她们认为古人所描述的经络，很大部分是动脉、静脉和毛细血管，并认为这种交感节后纤维和阻力血管密不可分的现象，与古人所提出的气血和经脉不可分的观点是一致的。因而认为，交感神经是经络实质的重要组成部分。

H•Gony亦对经络系统与交感神经系统及其肾上腺素能与胆碱能功能进行了比较。F•Mam则认为，如果把经络中的气能看成为植物神经系统中所传导的生物电，那么便可以把经络看成为植物神经系统的纤维。西条一止则认为经络与植物神经反射有关。

(3) 认为从神经角度可以说明某些循经感传的形成机制

王本显等根据实验及近代神经生理学事实，认为循经感传是刺激经穴所产生的神经冲动，引起丘脑后腹内侧核、后腹外侧核、脑干的其他水平，以及尤其引起皮层体感1区按体节排列的特点穴位相应点的兴奋，并按体节与体表相应的一定路线循行的结果。认为在与体表有经络路线图的同时，在皮层相应的体感区亦有一相应的经络路线图，而这两个图是“点”“点”相应的。他们根据电生理学研究结果，进一步指出，在正常情况下，在进行循经感传测定时，在皮层感觉区仅出现一个兴奋点，因而只能产生“一点扩散”因而感传很弱，甚至显示不出来。但在疾病的情况下，由于“穴位兴奋点”与

“病灶兴奋点”相互作用的结果，便会很容易的形成“两点定向接通”。这就部分说明了为什么在疾病的情况下，感传的出现率远高于正常人和为什么能出现“气至病所”的原因。同时提出，大脑皮层是经络中枢的所在地。

(4) 从神经体液的作用阐明针麻原理：多数学者通过实验研究证实，在针麻过程中，针刺穴位冲动自外围传入脊髓背角后，首先发生突触后抑制，同时经上行通路，激活延髓内侧网状结构，再经下行抑制通路使脊髓较细传入纤维末梢去极化而引起突触前抑制。同时，经过一系列的整合作用，不断地兴奋中缝核群、中脑导水管周围灰质以及大脑尾核等内在镇痛结构系统；冲动从此一方面上行抑制丘脑束旁核，另一方面下行抑制脊髓背角，并借助多种神经介质的配合，进而发挥镇痛效应。在体液因素方面，公认5-羟色胺、乙酰胆碱能促进针刺镇痛效应；而多巴胺、去甲肾上腺素-a、内源性抗吗啡物质则拮抗针刺镇痛作用。其中以5-羟色胺与内源性鸦片样物质起关键作用。不论是针刺调整作用，还是针刺镇痛作用，大脑皮层都通过多种渠道产生影响。

综上所述，从神经及神经体液系统在经穴及针刺穴位中的重要作用来看，从而认为经络与神经及神经-体液功能之间有密切关系。经络的神经及神经-体液功能说是有一定根据的。但对某些经络现象尚不能作出解释。

2.脉管论：经研究发现，经络的循行与动、静脉的分布有一定的符合率。动物实验证明，直接刺激或牵拉实验动物股动脉，以及针刺仅留股动、静脉与躯体联系的动物后肢“足三里”时亦能引起与针刺正常动物“足三里”相似的肠蠕动效应，从而说明血管及其周神经装置可能参与针刺效应的传入活动。王本显等通过肢体血流图及电生理学研究，认为血管壁及其周围植物神经，可能是循经感传的外周基础。

龚启华等通过胎儿尸体注入碳素墨水进行观察，结果认为经络＝经脉＋络脉＝淋巴系统和血管。同时还应包括脉管壁上的神经和脉管内的免疫细胞及生物介质。他后来根据《内经》中有关内容的分析，认为古人把动脉和静脉都纳入“血络”的范畴即血管；而把淋巴管视为经脉。何宗禹认为，最早关于经脉形象的论述，乃是动静脉血管系统。随着后世针灸疗法的发展，经络的形象逐渐演变为依照神经血管综合组成在体表投影的描记。

综上所述，看来经络的脉管论亦有一定的根据。但也有许多经络现象不能作出恰当解释。

3.经络、皮层、内脏相关论：张锡钧等根据针刺经穴时，发现条件反射出现循经泛化现象，从而提出“经络、皮层、内脏相关”理论。不但在针刺本经肾经穴位时出现泛化现象，而且在针刺膀胱经、脾经以及大肠经的穴位等亦皆出现泛化现象。通过封闭观察，发现“足三里”条件反射的针刺有效作用部位在穴位深层。假如没有大脑皮层的参加是不能形成条件反射的，因而提出“经络、皮层、内脏相关”论。由于穴位刺激是出现条件性反应的始动机制，因而主张把经络放在第一位。张锡钧等又进一步根据：①在针刺“足三里”或其穴位时可以引起皮层诱发电的改变，此诱发电的晚成分可以作为疼痛的一个客观指标；②低电阻点可作为判定穴位的客观指标；③在电针“足三里”“内关”时可以引起外周单胺类物质释放，如肾上腺素、去甲肾上腺素和5-羟色胺等，但在电针非穴点时则不释放。为今后进一步研究经络、穴位提供了重要依据。

4.特异结构论：有些学者根据在循经感传研究中，证明经络具有相对固定轨迹，经络线上经常出现各种病理生理现象如循经皮肤病等，以及某些客观指标的改变与相对固定的外络内属关系。因而认为，经络系统可能含有某些尚待证实实质的特异性组织结构。此种特异性结构，可能是某种未知结构，也可能是已知结构的未知功能。其中具有代表性的是，孟昭威提出的第三平衡系统论。他认为，第一平衡系统是躯体神经系统，第二平衡系统是植物神经系统，第三平衡系统是经络系统，第四平衡系统是内分泌系统。他之所以认为经络是第三平衡系统，主要是根传导速度，即第一平衡系统为每秒钟100米；第二平衡系统为每秒钟1米；第四平衡系统为以分钟为计算单位；而第三平衡系统经络系统则为每秒钟0.1米，与循经感传速度相一致。第一平衡系统的作用是快速姿式平衡；第二平衡系统是内脏活动平衡；第三平衡是体表内脏间平衡；第四平衡系统是全体慢平衡。牙买加金斯敦西印度大学Thomas于1971年提出，在针刺过程中起传入和传出反应媒介作用的是一种既非神经又非体液，但又依赖于循环和神经系统的第三系统，即认为原始组织丛可能是针刺作用的解剖学基础。后来他又进一步认为，有可能在用内啡素免疫荧光技术直接看到人体穴位和经络的组织结构。

宋继美等通过6例人体截肢标本穴区部位的观察，发现穴区肥大细胞数明显高于其周边2.5厘米处（$P<0.001$），因而提出经络与肥大细胞有关的假说。吴景兰等则认为低电阻点与肥大细胞有关，即低电阻部位是肥大细胞的密集区。

总之，人体的组织结构与功能极为复杂，有可能通过经络问题的研究，对人体的已知结构的未知功能或某种未知结构的未知功能，有所发现和认识。

5.其他论点：孟昭威根据耳针感传，手针感传、脑性感传以及膀胱经是十二经的核心，尤其是根据刺激全身不同部位都与十二经相通的现象，于是提出“整体区域全息论”的经络理论。认为人体各特定区域都是各自具有调整全身平衡的全息作用，它们的通路可能是APUD系统。李定忠认为，经络的共同轨道是相对稳定的，但是可变的。经络感传确有一点通多经和多点通一经的特点，显示出经络的通路具有全息网络的规律性。通过具体事例，对经-穴全息通路提出一些新的看法。

关于经络的实质问题的探讨，国内外学者还有其他各种论点，如控制论、电磁传导通路论、肌维维论、间隙结构论，与气功、人体特异功能统一论，以及胚胎进化论等各种论述。

六　关于经络研究的展望

经络学说，是针灸学、中医学的核心理论，两千多年来一直指导着我国中医、针灸的临床实践。随着针灸学向世界各国普及的同时，有关经络学说亦逐渐被各国学者所重视，并成为全世界各国医学、生理学、生化学、生物工程学以及边缘科学工作者所共同关心和研究的一个重要课题。他们对经络学说研究的思路比较开阔、研究范围亦较广泛。因此，近年来国内外学者对经络问题提出了大量的研究报道，上述归纳仅是其中有代表性的一小部分。既使从有代表性的这一小部分的研究结果来看，也足以证实经络现象是客观存在的；循经感传现象是客观存在的；“气至病所”现象是客观存在的；按照经络理论进行治疗不仅可以提高临床疗效，而且可以进行临床诊断。

通过对经穴的声、光、电、温度、以及其它的理、化学指标的观察，均说明对经络的研究不仅是可行的，而且大有进行深入研究的必要。尤其是“用放射性核素示踪技术客观显示经脉循行的方法学”研究通过鉴定，必将对经络的研究方法更加丰富。

至于针刺或艾灸经穴后所引起的相对特异性的内脏器官的反应，以及内脏器官的病理生理改变可以在相应的经穴或体表部位得到相对特异性的反应，则更是众所公认的事实。

现在在经络问题的研究方面所存在的问题是：

1.有关客观化的标准化有待统一：例如，绝大多数从事经络问题研究的学者公认，经穴部位的电位高、电流大、电阻低、温度高等客观事实，在这一方面的研究报道亦比较一致。但是，由于所用仪器不统一，实验条件有差异等各种复杂因素的影响，现在还缺少一个公认的标准化的客观方法。例如，缺少一种类似临床上常用的心电仪、脑电仪、或肌电仪那种标准化的仪器。

2.有关客观化的定量化尚待探讨：由于反应经络-穴位的很多生物物理学指标，例如电学参数的改变，一般都是测定瞬间的动态变化，因此，至目前为止还没达到定量化。

3.某种特异性的指标尚待研究：至今为止，国内外学者所用于研究经络问题的客观指标虽然各有千秋，但是还缺少某种特异性的，即公认的最佳客观指标。

这三方面的问题虽然在短期内较难于克服，但是随着近代科学的不断进步，例如生物磁学的进展，有可能会有所突破。

随着上述问题的解决，对有关经络实质的最终阐明亦将会带来很大的裨益。

另一方面，由于经络现象的存在已为愈来愈多的事实所肯定，这就进一步为阐明经络实质问题创造了可靠的前提，并从而将更多的吸引各学科的广大学者加入研究经络问题的行列。反过来，这样做的结果，将不仅对经络问题本身，而且甚至对整个生物科学的研究亦将起着推动作用，甚至于有可能随着经络问题的研究，对整个生物科学产生一个革命性的影响。

王本显　王雪苔

第三节　针灸作用原理研究进展

针灸作用原理现代研究主要是应用现代科学技术和实验方法阐明针灸作用，探索针灸作用规律和揭示针灸作用途径，为正确估计针灸宜忌，提高针灸临床疗效提供科学依据。

一　关于针灸作用的研究

针灸作用是指针灸这种非特异性刺激对机体生理、病理过程的影响以及这种影响在机体内引起的反应。由于机体的机能状态或疾病性质不同，针灸作用的表现形式也就不同。归纳起来，针灸作用有以下三种基本形式，同时并存，互相为用。

1.针灸调理作用的研究：针灸的调理作用是指针灸有调理偏盛偏衰或失调紊乱的器官系统功能，使之恢复常态的治疗效应。现代研究表明，针灸对各器官系统的功能均有不同程度的调理作用。

（1）对消化功能的调理作用：分别针刺膻中、合谷、天突、巨阙或同时针刺以上各穴，可使健康人食道运动增强；可缓解癌症患者的吞咽困难。钡餐透视下，可见钡剂下移加快，肿瘤部位上下段的食管蠕动增强，食道增宽。

针刺胃炎、溃疡病和胃癌患者的足三里、下巨虚，可使胃电波幅升高，并使胃癌不规则的胃电波形变得规则。针刺可削弱阿托品对胃运动机能的抑制作用；降低静脉注射依色林造成的狗胃的紧张度。单用足三里穴或辨证配穴针刺，均可使十二指肠溃疡患者胃液及胃酸的分泌有回到正常点的趋势，针后胃酸过高或胃酸缺乏的例数减少，胃酸正常的例数明显增多，患者症状缓解，有的病例溃疡病灶愈合。穴位特异性研究表明，足三里穴对胃机能的影响效果最为显著。

研究表明，针灸对高张力、运动亢进的肠管具有抑制效应，可使肠管病理性痉挛得到解除；对低张力肠管具有兴奋效应，可促进肠管的运动。针刺狗的“公孙”穴，从其小肠瘘中观察到小肠分泌液明显增加，小肠对葡萄糖的吸收率也显著升高。

应用同位素血管内注射法观察针刺前后肝血流量的变化，结果表明，刺激肺俞、中府，可使肝血流量增加，而刺激期门、肝俞，则使肝血流量明显减少。针刺能影响肝内柠檬酸和葡萄糖的代谢。针刺足三里可促进肝内葡萄糖的生成，降低酮体、游离胆固醇和游离脂肪酸，并可减轻应激作用对肝内柠檬酸代谢的不良影响。用四氯化碳造成的中毒性肝损害动物模型，针刺“足三里”、“太冲”，可减轻药物对肝脏的损害，表明针刺有“护肝”作用。

采用X线观察或超声波探测，证明针刺可使大部分受试者胆囊影象或胆囊平段有不同程度的缩小，表明针刺穴位可促进胆囊运动和排空。

针刺家兔的“四缝”穴，可使胰液的分泌量明显增加。针刺蛔虫病儿的四缝穴，可使肠中胰蛋白酶，胰脂肪酶和胰淀粉酶含量增加。

（2）对呼吸功能的调理作用：临床上应用针刺治疗呼吸骤停疗效很好。当休克动物呼吸中断时，电针“水沟”，可使呼吸恢复和改善。但刺激强度过大，则引起呼吸的抑制。

针刺可使哮喘患者呼吸道的阻力下降。针后10分钟，阻力下降24.1%，1小时后下降29.9%，2小时后下降27.4%。表明针刺可改善患者肺通气功能。其机制可能是由于针刺调整了植物神经功能、血中肾上腺素水平，使细支气管痉挛得以解除，支气管粘膜血管收缩，水肿减轻，从而使通气功能改善。

针刺还可调整血氧饱和度。针麻开胸术患者，手术侧肺脏虽因开放性气胸存在而萎缩，但动脉血氧分压仍旧升高，不致缺氧，当然二氧化碳也有不同程度的升高。针刺人工气胸家兔的“郄门”、“曲池”，可使动物血氧饱和度较对照组提高6.31%。

（3）对泌尿排尿功能的调理作用：临床观察表明，针刺肾俞、气海或照海、列缺、太溪、飞扬，可使肾炎患者肾泌尿明显增加，酚红排出量增多，尿蛋白减少，高血压也有所下降，患者浮肿减轻或消失。

用狗作为受试对象，手术造成输尿管瘘，然后从胃或直肠灌入一定量的水，当泌尿量增加后，针刺“肾俞”，可引起水利尿的抑制，并可看到肾小球滤过率的降低。针刺家兔耳穴的“肾区”、“膀胱区”，对由耳静脉注入30%葡萄20毫升造成的利尿起抑制作用；而对注射0.5毫升垂体后叶素造成的少尿则起利尿作用。

针灸治疗尿失禁、尿频或非阻塞性尿潴留均有效果。如盆腔器官因创伤、炎症或疼痛刺激引视膀胱括约肌痉挛造成反射性尿潴留，针后即可排尿。因硬膜外麻醉术后尿潴留患者，针刺的有效率达95%。针刺关元、三阴交，治疗遗尿症240例，有效率达97.5%。

针刺麻醉家兔的“膀胱俞”，可使处于平静状态的膀胱收缩，内压上升，而在膀胱紧张性较高或出现较大节律性收缩时，加强捻针，结合提插，常产生明显的抑制效应。上述效应具有穴位特异性，比较观察结果，次髎＞曲骨＞中极＞关元＞三阴交＞阴陵泉＞阴谷＞列缺。

（4）对血液循环机能的调理作用：针灸可以纠正心率或心律失常，改善心脏功能。如针灸膻中、内关、足三里等穴治疗冠心病621例，其心绞痛、心率、左心功能均有不同程度的改善。电针“内关”，可降低急性缺血狗的心率、总外周阻力，增加心输出量、每搏作功和平均动脉压，纠正急性心肌损伤时的低心排出量和高外周阻力的血液动力学紊乱，减轻心肌收缩成分受损程度，增强心肌张力和收缩力，改善心脏的泵水功能。电针可使急性心肌梗塞范围缩小，损伤程度减轻，坏死区域缩小。采用氧电极测氧法检测心肌耗氧量，可见电针“内关”等穴，能增加冠脉血流量和心肌的供氧量，降低心肌氧提取率和心肌的氧耗量。这可能是电针调整了垂体-肾上腺皮质系统的机能，改善了机体的病理应激反映，促进了心肌的无氧代谢，使心肌对氧的供求失衡获得调整，因而导致缺血心肌损伤程度和坏死区域的减小。

针灸可调整血管的舒缩活动，降低血管的紧张性，改善血管弹性，提高搏动性血管供应强度。改善急性心肌梗塞病人的微血环，扩张微动脉与微静脉，改善血流速度和泥沙状流。CT观察证明，针刺脑溢血患者，有促进脑出血的吸收，使血肿减少或消失的作用。针刺也可调整毛细血管的通透性，解除淋巴管痉挛，改善微血循。

针刺可调整血压、降低高血压，并有明显的升压和抗休克作用。

针刺也可影响血液成分。当白细胞偏高时针刺可使之降低，原来偏低者，针后大多升高。有人报道，针刺膏肓，治疗恶性贫血，五日后红细胞由100万/立方毫米上升至337万/立方毫米，血红蛋白由30%上升至109%。针刺治疗缺铁性贫血，可使网状红细胞剧增，使病理性异染红细胞色调复常。有人认为，针刺治疗红细胞过多症有效，可使红细胞数减少，血红蛋白含量下降。一般认为，膈俞、膏肓，加配足三里，对贫血有显著疗效。用七星针叩击颈动脉搏动区可使肺结核患者血小板数增加。针刺足三里、合谷、肝俞、脾俞，可使血小板减少性紫癜和脾性全血细胞减少症病人症状好转，血小板数升高。对切脾后血小板过多症患者，针刺大椎、足三里、曲池、内关，又可使血小板下降。艾灸Ⅱ期高血压病合并脑血栓形成恢复期病人双足三里，可使原来偏高的血浆纤维蛋白元及其降解产物（FDP）降低，并有一定的远期疗效，说明艾灸足三里有预防中风的作用。针刺可使高血脂冠心病患者胆固醇甘油三脂和β脂蛋白三项中的一项或各项

含量明显降低，并与症状的改善相平行。血液流变学观察表明，针刺可使急性中风患者血液的浓稠性、粘滞性和聚集性等获得改善。

（5）对神经一体液机能的调理作用：针灸能调理内分泌腺的机能。针刺既可治疗甲状腺机能亢进，又可治疗甲状腺机能低下。组织学方法表明，针刺对家兔甲状腺机能的影响为双向性。电针可使动物高血糖降低，低血糖升高，表明针灸对胰岛机能有调理作用。应用机能或形态学方法，证明针灸对人体或动物肾上腺皮质机能的影响表现为良性调理作用。针灸对肾上腺髓质机能的影响也因其原有机能状态而异。针灸对性腺机能也有影响，针灸育龄妇女的石门，避孕有效率达79%，而针刺中极、关元等穴又可治疗不孕症和继发性闭经。针灸治疗男性不育、阳萎、遗精等也有较好的疗效。电针可使垂体后叶催产素分泌增强。

针灸对周围神经和中枢神经机能也有一定影响。当周围神经病损导致感觉、运动功能障碍时，针灸治疗有一定效果。其机制可能与病因的去除或中枢机能的改善有关。针灸有稳定交感神经机能的作用。针刺曲池可缩短脑血栓形成病人脊髓反射的潜伏期，提示针刺可提高脊髓运动神经元的兴奋性。针刺可使腰麻后下肢麻痹恢复时间缩短；对冷刺激引起的血管收缩反射则有抑制作用。针刺既可解除皮层的抑制，又对兴奋状态的皮层机能有保护性抑制效应。用兴奋与抑制过程相"冲突"的方法，造成狗的实验性神经官能症，针刺"翳风"，可使狗的食物性条件反射定型恢复正常。

2.针灸促防卫免疫作用的研究：实验表明，针灸具有抗炎，退热，调整免疫反应，促进机体防卫免疫功能的作用。

（1）抗炎作用：临床观察证明，针灸治疗急、慢性炎症有一定效果。应用炎症动物病理模型，观察到针灸对炎症过程的渗出、变质和增生等病理变化均有明显影响。如在大白鼠肩胛间区皮下注入20毫升空气造成气囊，然后经同一针孔注入10%巴豆油10毫升，使其形成肉芽囊肿。电针或艾灸"足三里"组囊内渗出液明显少于对照物。囊肿皮肤坏死出现率、坏死面积也较对照组小。囊肿壁湿重比对照组轻。表明电针或艾灸有抑制病灶血管通透性，减少炎性渗出，延缓或防止坏死发生，调整肉芽组织增生过程的作用。针麻病人或经针灸治疗的急腹症病人，粘连减少，原因之一可能与针灸调整了炎症过程有关。

（2）退热作用：针灸对细菌性发热或非细菌性发热都有一定的退热作用。急性菌痢患者，采用单纯针刺治疗，平均退热时间为1.86天。用伤寒三联疫苗注入家兔背侧皮下，引起动物体温升高。电针或针刺可抑制体温上升或使升高的体温下降。给家兔注射牛奶后针刺"百会"，对开始发热者有抑制效应，对发热已达高峰者则有迅速降温的效应。给豚鼠膀胱注入痢疾杆菌，然后用瘢痕灸"十七椎"，则见发热反应比未灸组增强，发热的持续时间也较长，存活率比未灸组高。可见针灸对机体的发热反应表现为一种调整作用，使机体的发热反应适度，避免太过或不及，有利于机体的生存。

（3）对免疫反应的影响：人体及动物实验表明，针灸对细胞免疫和体液免疫均有促进作用或调整作用。

针刺健康人足三里、合谷穴或正中神经，可使白细胞对金黄色葡萄球菌、鼠疫杆菌的吞噬指数明显增高。艾灸足三里、内关也有相似效应。对于菌痢或阑尾炎病人，这种

效应更为显著。动物实验结果与此类似。

用血内刚果红清除率作指标，针刺家兔“足三里”、“大椎”等穴，可使巨噬细胞吞噬能力增强，但改刺“环跳”，则出现抑制效应。

针刺可使菌痢病人、乳腺增生病人淋巴母细胞转化率和玫瑰花结形成率明显提高，可见针刺对T淋巴细胞免疫功能有促进作用。但有人发现，对于急性黄疸型病毒性肝炎患者，针刺有调整机体免疫网络失衡、增强和健全T细胞功能的作用。

针灸对体液免疫也有一定影响。可提高血浆杀菌活力，使血中备解素、调理素、补体含量、溶菌酶含量均明显升高。

艾灸家兔“百会”、“肾俞”，血清免疫球蛋白（G）含量升高明显。针刺足三里等穴，可使阑尾炎病人γ球蛋白大多升高。针灸也可提高血中凝集素、间接血球凝集素、沉淀素及溶血素。

有人观察了针灸与肿瘤免疫反应的关系。将艾利尔氏癌接种于小白鼠，9天后抽取腹水对家兔进行免疫。发现针刺“关元”、“足三里”，可使家兔血清抗体滴度增高。经艾灸的小鼠对接种癌细胞生长的抑制能力提高。

3.针灸镇痛作用的研究：针灸镇痛效果明显，表现为针灸治疗各种痛症与针刺麻醉。

针灸为什么能镇痛？根据已有的实验资料，基本上可归纳为神经论观点和经络论观点。

神经论观点认为各级神经中枢内不但存在一些与痛觉相关的结构，即痛觉中枢。而且还存在着一类与镇痛有关的结构，这是一个可对痛觉信息进行整合、加工的调制系统。针灸刺激可以激活这一系统。已有大量实验证明，针灸信息和痛觉信息经传入神经进入脊髓，可抵达中枢的各级水平，在那里相互作用。通过神经体液途径和痛觉调制系统的整合加工，使疼痛性质发生变化，使疼痛刺激引起的感觉和反应受到抑制。

经络论观点的实验依据如下。对6例感传显著者（经络敏感人）针刺时镇痛区域的分布及其特征进行观察，发现镇痛区域的分布具有循经特征。即刺激某一穴位时，沿着该穴所属经脉的循行路线部位，痛阈和耐痛阈的提高比对照部位显著。镇痛区域以经脉循行路线为中心，并有一定宽度的带状范围。此带状范围的中轴线上耐痛阈的提高最为显著，中轴线两侧旁开3厘米处，耐痛阈提高程度逐渐降低。针刺时耐痛阈的提高还有一发展过程，首先沿着本经循行路线部位开始，然后才逐渐扩展至身体其他部位。与对照点比较，本经各穴位耐痛阈的提高，在时间上起步较早，在程度上提高较显著。起针后本经各穴位耐痛阈一般能较长时间地保持在高水平，而对照部位下降较快。镇痛区域的分布是单侧性的，即只有针刺侧经脉循行区域耐痛阈才显著提高，而对侧身体各部位耐痛阈提高并不显著，更不是左右对称的。动物实验结果类似。而且给动物注射吗啡后，发现吗啡对身体各部位的镇痛作用没有特异性或选择性。针刺镇痛区域分布的循经性和单侧性，用神经体液观点很难圆满解释。因此认为，经络可能是一个人们尚未认识的与神经体液既有联系又有区别的新的调节系统。

二　关于针灸作用规律的研究

针灸刺激作用于机体后引起的反应是多种多样的。它既取决于针灸作用本身的特点，又受机体机能状态、疾病性质和施术条件的制约。

1.针灸作用的基本特点的观察：

（1）整体性：针灸作用的整体性是指针灸作用具有多层次，多方位的特点。针灸作为一种非特异性疗法，既可在器官水平发挥治疗效应，也可在细胞乃至分子水平发挥治疗效应；既可对不同器官系统发挥治疗效应，也可因疾病性质不同而表现为不同的治疗效应，如对偏盛偏衰的脏腑机能表现为调理作用，对外伤或感染性疾病表现为促防卫免疫作用，对痛症则表现为镇痛作用。针灸作用的整体性，使针灸疗法具有综合效应。

（2）双向性：这是指针灸作用具有兴奋或抑制效应。如采用平补平泻针法或温灸法取同一穴位施治，常可治疗性质截然相反的两种疾病（例如腹泻与便秘，尿失禁与尿潴留，痉挛与瘫痪等）。正是由于针灸作用具有这种双向性特点，所以针灸的治疗作用是一种良性调整作用，而对正常生理机能无明显干扰。因此，它不会给机体带来像化学药物疗法所致的那类毒副作用。

针灸作用的上述特点——针灸作用的整体性和双向性，是由机体本身的自组织、自调节能力决定的。机体是在长期进化过程中形成的具有高度自组织、自调节能力的有机系统。为了保持系统的稳态，它总是自动地排除和调节环境的干扰（包括病理因子的干扰）。在疾病情况下，给机体输入一个非特异性的针灸类刺激，可以激发机体固有的调节机能，使失调紊乱的生理生化过程获得调整。从而使物质代谢与能量代谢朝着稳态方向转化，恢复机能同结构之间，各器官系统之间以及机体同环境之间的协调一致，以维持机体正常的完整性、反应性与恒定性。

2.影响针灸作用诸因素的研究：针灸效应是多种因素相互作用的结果。前人在长期的临床实践中，认识到个体有差异，体质有强弱，病情有虚实，手法有补泻，施术有时机。故强调辨证论治，要求“凡刺之法，必察其形气”，“实则泻之，虚则补之”。辨证论治过程，实质上就是对影响针灸效应的各种内外因素加以分析和合理组合，使之成为最佳治疗方案的过程。根据针灸临床辨证论治的基本内容，实验针灸常把影响针灸效应的因素归纳为以下五个方面。

（1）机能状态与针灸效应：机能状态包括禀赋、年龄、生理、病理和心理状态。患者的机能状态是先天和后天因素，生理与心理因素的整合结果。辨证论治中的“辨证”，就是分析患者的机能状态。实验表明，机能状态不同针灸效应不同。

针灸效应有明显的个体差异。15例双侧青光眼病人在先后两次虹膜嵌入巩膜术中，将影响针麻效果的各种因素作同体对照，发现个体差异对针麻效果的影响大于穴位配方与针刺方法的作用。凡耐痛阈高的个体，皮肤对电刺激敏感性较差的个体以及对针刺耐受性强的个体，针麻效果都较好。植物神经机能特点不同，针麻效果也不同。如交感与副交感均不敏感者，针麻优良率为37%，副交感神经敏感者为28.6%，交感神经敏感者为16%，混合敏感者则为9%。

机体的生理病理状态不同，针灸效应不同。如针刺内关，既可使心动过缓者的心率

加快，又可使心动过速者的心率低慢。针刺狗的“足三里”，胃机能亢进时针刺出现抑制效应，胃机能低下时则出现兴奋效应。又如行子宫全切的患者，当血清中雌二醇含量升高时，针麻效果好，反之则差。

针灸效应虽然是一个生理过程，但也受心理因素的影响。情绪安定时，受试者的感传显著程度可以提高，更加耐针、耐痛，植物神经的功能更为稳定，针效更好。

（2）穴位特异性与针灸效应：针灸效应常因取穴配方不同而异。

穴位与非穴位的针灸效应不同。如针刺可促进胆囊运动，但阳陵泉的效应大于非穴位的效应。针刺脾胃病患者的足三里，可引起体表胃电波幅的明显改变，而刺激非穴点则无效。针刺足三里、合谷，白细胞吞噬指数明显升高，但针刺邻近的非穴点，则无明显效应。

穴位不同，针灸效应也不同。如针刺可疑冠心病患者心包经上的内关穴，可使心血管功能获得改善，而针刺与之邻近的异经穴——三焦经上的外关穴，则无效应。对腹腔肥大细胞的影响，胃经上的“足三里”穴却比“内关”显著。

穴位之间还有协同和拮抗作用。如针刺实验性高血压动物心经上的“神门”穴，有降压作用，而加刺肝经上的“大敦”穴，可加强“神门”穴的降压作用。针刺肾经的照海穴，有明显的促泌尿作用，但针刺膀胱经的肾俞、胆经的京门，则抑制泌尿。可见，取穴配方必须考虑穴位之间的这种协同与拮抗作用，才能充分发挥针灸的治疗效应。

（3）手法特异性与针灸效应：补或泻的针刺手法在效应上有一定差异，一般称之为手法特异性。如应用烧山火手法，一般能使健康人或病人肢体末梢血管容积舒张，皮肤温度升高，针下可出现温热感，运动从属时值或视时值缩短，而透天冻手法则出现相反的效应。又如应用徐疾补泻手法治疗外科术后吸收热实热证的病人，泻法有明显的即时性退热效应，而补法则不明显，体温复常也是泻法优于补法。经抗癌药物治疗的虚证病人，虽然徐疾补泻手法均有防止白细胞减少、减轻症状的作用，但补法略优于泻法。

捻转提插补泻手法对血管舒张反应的影响虽和烧山火、透天凉手法相似，但针下伴随产生的温热感或寒凉感却有差别，前者无明显效应，而烧山火和透天凉引起的温热感或寒凉感却相当显著。

（4）时间因素与针灸效应：由于针灸效应常取决于原有机能状态，而机能状态又与时间因素有着密切关系。如生理活动的节律、病情发展的阶段、针灸作用发生发展的过程等都与时间因素相关联。因此，时间因素对针灸效应有影响。

如正常大鼠胃肠功能具有明显的昼夜节律，峰值时相在亥、子时，而谷值时相则在巳、午时。于峰值时相电针“足三里”，有明显的促进性效应，于谷值时相电针同一穴位的效应较差。实验性“脾虚”大鼠胃肠昼夜节律消失，经电针“足三里”治疗后，昼夜节律可以恢复，而且峰值时相电针组的疗效明显优于谷值时相治疗组。

结扎家兔左室冠脉造成急性缺血性心肌损伤，电针“内关”等穴的治疗效应随时机而异。结扎期间同时电针的效果最好，结扎前电针的效果次之，结扎后再电针的效果最差。

行针时间长短对针灸效应也有影响。针刺抗休克动物实验表明，留针时间长，留针

期间用持续或间断捻转手法行针，升压效果好，血压回升后也较稳定。还有人报道，留针时间长短与血钙量的增加成正比关系。但以家兔外周血白细胞计数来看，以行针时间2分钟，白细胞数上升效应强而持久，而行针15分钟及30分钟者效应较差，初步提示，并非针刺时间越长效果越好。

两次施针（灸）之间的间隔时间长短对针灸效应也有影响。如针刺动物"膀胱俞"引起的膀胱收缩，当多次刺激，而两次刺激间隔时间过短时，则效应减弱。将针灸效应发生发展过程划分为上升期、高峰期和恢复期，用实验性内毒素性发热作指标，发现针刺的退热效应即将消失时，重复针刺效果最好。

疗程长短对针灸效应的影响也有人作过观察。针刺大鼠的"大椎"、"命门"，七天后可见巨噬细胞系统的吞噬机能明显增强，但继续针刺，这种效应反见减弱。

以上系动物实验情况。人体试验采用体表胃电作指标，发现餐前胃电振幅辰时低于酉时，餐后胃电振幅变化辰时小于酉时。艾灸足三里对胃电振幅的影响辰时大于酉时。可见，在人体上不同时辰施灸效应不同。提示融合古典时间针法和现代时间医学理论，有可能开辟出一种新型的时间针法，以进一步提高针灸的临床疗效。

(5) 施术工具与针灸效应：临床和动物实验证明，不同针具或灸具，效果不同。

针和灸的效应有一定差别。古人认为"针所不为，灸之所宜"，"络满经虚，灸阴刺阳，经满络虚，刺阴灸阳"。现代研究初步表明，针或灸虽然都能增强血液对金黄色葡萄球菌的杀菌能力，但针刺的效应大于艾灸。

不同针具效应不同。前人指出"九针之宜，各有所为，长短大小，各有所施也，不得其用，病弗能移"。实验证明，同是毫针，因粗细不同，效果也有差别。如应用细针施补泻手法，治兔肛温可出现有规律的变化，而粗针补泻对肛温的影响却无规律。

电针与毫针的效应似乎也有差别。据对胃大部切除术针麻效果的估价，有人认为，手法仪效果最好，电针仪效果较差，人工手法捻针效果居中。在提高巨噬细胞系统机能和凝集素效价，对动物脑组织中去甲肾上腺素、乙酰胆碱和胆碱酯酶含量的影响等方面，电针的效应大于毫针。

不同灸法效果不完全相同。如临床上用化脓灸治疗哮喘，疤痕灸防治高血压，其效果都比一般的温和灸为优。用白细胞计数、血清总补体含量和血清免疫球蛋白为指标，用艾条灸"百会"、"肾俞"，其效果不如事先在穴位处涂抹艾油后再用灸疗仪照射的方法。提示各种药物灸有一定科学依据，其机理值得探讨。

三　关于针灸作用途径的研究

由于科研思路和实验依据的不同，对针灸作用途径的看法目前尚未一致。代表性的观点主要有神经论和经络论。

1.神经论观点：这一观点主要基于以下几方面的实验事实。

(1) 穴位下部针感的物质基础：穴位部位的形态学研究表明，无论是大体解剖或显微结构方面，都未发现任何有别于已知生物学结构的成分。但有些经脉的行径与神经干（或支）的走行大体一致，99.6%的穴位有脊神经或脑神经支配。穴位深部大多有感受器，但感受器类型却因穴位所处部位不同而异。特别是用奴佛卡因类药物作穴位封闭时，

针灸作用消失。提示穴位和针感的物质基础可能是神经。

七十年代，随着针麻原理研究的深入，方法学上有了改进。即联系针感，采用形态与机能相结合的方法进行研究，使这方面的工作出现了新的局面。前人强调“刺之要，气至而有效”。所谓“气至”，一指受试者的主观体验，即针刺引起的酸、麻、重、胀等感觉；一指施术者的“手下感”，即进针或捻针时，施术者手下感到的沉紧或松空感觉。将针感（或“气至”）作这种分解，有利于研究的深入。

受试者主观体验到的酸、麻、重、胀这类针感的物质基础，根据以下三个方面的研究结果，看来并非某种特殊结构，而是各种神经成分。①结合手术，对针感与形态结构的关系所作的观察表明，手术中直接刺激神经多引起麻感，刺激血管多引起痛感，刺激骨膜多引起酸感，刺激肌肉多引起酸胀感。同一神经干，手术器械的碰触或用手术刀分解其鞘膜时产生麻感，针刺时产生酸感，用手搓捻时则产生重感。可见针刺或行针时所产生的酸、麻、重、胀等感觉，很可能就是直接刺激了肌肉、血管、骨膜，特别是这些结构中的神经成分。②在即将截肢的穴位处，用“蓝点法”标记针感组织，截肢后作形态观察，发现各种不同性质的针感可出于从皮肤到骨膜的各种组织中。在以蓝点为中心的一定范围内，所见结构虽因穴位而异，但都系各种神经成分，或为各类感受器，或为神经干、枝、游离神经末梢，或为血管壁神经装置。③组织化学研究发现，在穴位处的细小动、静脉旁有无髓神经纤维构成的胆碱酯酶阳性小神经束，它们属于脑脊神经的无髓传入纤维，在毛细血管前动脉附近分支成游离末梢，终止于结缔组织基质中，并参加到毛细血管前动脉旁丛，形成躯体神经与植物神经在末梢的汇合。说明脉管系统中传递针刺信息的物质基础也是躯体传入神经成分。

致于针刺得气的“手下感”，有人认为可能是梭内肌收缩所致。依据是：①“手下感”主要出现于肌肉丰厚处的穴位，而这类穴位处的肌梭密集。②从这类穴位处引出的肌电即穴位肌电与主动运动所发放的干扰型肌电有所不同，其出现率与穴位肌梭的有无、多少及分布趋势基本一致，与温度成正相关，与外周冷却可抑制梭内肌发放的报道也一致，与针感有一定的平行关系，即凡手下感强者，穴位肌电的发放也增加。

（2）针灸作用的外周传入途径：针灸对内脏活动的影响效应、针麻效果等在切断相应的外周传入神经后大多消失。表明针灸作用的外周传入途径可能是支配相应穴位的躯体感觉神经。至于传入纤维的类别，看法不一致。一种意见认为，针刺可兴奋Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ类纤维。就针刺镇痛而言，兴奋的纤维越细，镇痛效果越好。另一种意见则认为，传递针感信息的主要是Ⅱ、Ⅲ类纤维。把Ⅰ类特别是Ⅳ类纤维看成针刺信息的主要传递者，在临床实践上是不现实的，在理论上也难于接受。两种见解的共同点在于都肯定了Ⅱ、Ⅲ类纤维在传递针刺信息方面起着重要作用。

（3）针灸作用中枢：早期的工作是在中枢不同水平横切，根据针灸效应的变化情况来判断针灸作用中枢。如针刺家兔“足三里”影响肠管运动的效应，在横断第五、第六胸椎脊髓后不受影响，而破坏腰骶脊髓后则消失，说明针灸影响肠管运动的作用中枢在第六胸髓以下。针刺的升压效应在切断脊髓与延髓的联系后消失，说明针刺升压作用的中枢在脊髓以上水平。去除大脑皮层，针刺的升压作用减弱，而且升压不稳定，表明大脑皮层参与了针刺升压的整合过程。

近年来，应用神经纤维溃变、电生理学方法、神经生化、辣根过氧化物酶法以及同位素放射自显影技术，追踪针刺信息和内脏“病理”信息在中枢的行径或二者在中枢相互作用的状况。结果表明，各级中枢都不同程度地参与了针刺信息的整合过程，但相应的神经节段大概是最基本的整合中枢。穴位主治功能的相对特异性由此可以得到合理解释。

(4) 针灸作用的传出途径：针刺信息经各级中枢调制后，经传出途径对脏腑活动和痛反应进行调节与控制。实验证明，这种传出途径主要为神经和神经-体液。近年的研究证明APUD系统也可能是传出途径之一。因此，针灸效应既有速发型，也有迟发型，既可特异地表现为某一脏腑功能的改变，也可表现为一种广泛的整体性调整作用。

如果把穴位看作内脏病变和经络失衡、平衡的效应器，那么引起这种效应器功能变化的传出途径又是什么？实验表明，动物某些穴位下部的细小动脉周围丛和毛细血管前动脉旁丛，二者均系交感神经节的节后纤维，其功能是控制外周循环总阻力和局部组织的血流。呈病理反应的穴位生物物理特性（皮肤电阻等）的改变可能是内脏病理传入冲动通过交感神经引起该处血管、淋巴管机能的变化所致。而穴位感觉异常则可能是交感神经传导的病理冲动影响了穴位处感受器机能造成的。因为有人证明，电刺激大鼠腰骶交感干外周端对来自尾部皮肤的外周多觉型伤害性感受器、压觉慢适应感受器和触觉感受器均有抑制作用。

总之，神经论观点认为，针灸作用途径是通过神经反射弧实现的，针灸效应的显现有赖于反射弧的完整，阻断或破坏反射弧的任何一个环节，针灸效应即告消失。

2.经络论观点：尽管神经论观点目前占有丰富的实验资料并居于支配地位，但它并非完美无缺。许多现象或实验事实，用神经论观点难以作出圆满解释。例如，循经性皮肤病。同位素的循经迁移、同位素显示的经穴与相应脏腑之间的特异性联系、循经感传的效应性及气至病所现象、针刺镇痛时痛阈与耐痛阈升高区域的循经特征等。因此，有人认为，经络可能是一个与神经体液既有关联，又有区别的另一调节系统。这个系统可能具有目前技术条件尚难揭示的未知结构，或已知结构的未知功能。主张按中医理论的特点和经络学说的基本内容来设计实验，探索经络的实质。

汤德安　王雪苔

附　录

一　经穴国际标准化命名索引

穴名	汉语拼音	编号	所属经脉
		〔二画〕	
二间	èr jiān	LI 1	手阳明大肠经
人迎	rén yíng	ST 10	足阳明胃经
十七椎	shí qī zhuī	EX-B8	奇穴
二白	èr bái	EX-UE 2	奇穴
八邪	bā xié	EX-UE 9	奇穴
十宣	shí xuān	EX-UE 11	奇穴
八风	bā fēng	EX-LE 10	奇穴
		〔三画〕	
三间	sān jiān	LI 2	手阳明大肠经
下廉	xià lián	LI 8	手阳明大肠经
上廉	shàng lián	LI 9	手阳明大肠经
口禾髎	kǒu hé liào	LI 19	手阳明大肠经
大迎	dà yíng	ST 5	足阳明胃经
下关	xià guān	ST 7	足阳明胃经
大巨	dà jù	ST 27	足阳明胃经
上巨虚	shàng jù xū	ST 37	足阳明胃经
下巨虚	xià jù xù	ST 39	足阳明胃经
大都	dà dū	SP 2	足太阴脾经
三阴交	sān yīn jiāo	SP 6	足太阴脾经
大横	dà héng	SP 15	足太阴脾经
大包	dà bāo	SP 21	足太阴脾经
小海	xiǎo hǎi	SI 8	手太阳小肠经
三焦俞	sān jiāo shù	BL 22	足太阳膀胱经
大杼	dā shù	BL 21	足太阳膀胱经
小肠俞	xiǎo cháng shù	BL 27	足太阳膀胱经
上髎	shàng liáo	BL 31	足太阳膀胱经
下髎	xià liáo	BL 34	足太阳膀胱经
飞扬	fēi yáng	BL 58	足太阳膀胱经
大钟	dà zhōng	KI 4	足少阴肾经
大赫	dà hè	KI 12	足少阴肾经
大陵	dà líng	PC 7	手厥阴心包经

穴名	汉语拼音	编号	所属经脉
三阳络	sān yáng luò	TE 8	手少阳之焦经
上关	shàng guān	GB 3	足少阳胆经
大椎	dà zhuī	GV 14	督脉
上星	shàng xīng	GV 23	督脉
下脘	xià wǎn	CV 10	任脉
上脘	shàng wǎn	CV 13	任脉
上迎香	shàng yíng xiāng	EX-HN 8	奇穴
子宫	zhǐ gōng	EX-CA 1	奇穴
大骨空	dà gǔ kōng	EX-UE 5	奇穴
小骨空	xiǎo gǔ kōng	EX-UE 6	奇穴
下极俞	xià jí shù	EX-B 10	奇穴
大敦	dà dūn	LR 1	足厥阴肝经
		〔四画〕	
中府	zhōng fǔ	LU- 1	手太阴肺经
云门	yún mén	LU 2	手太阴肺经
尺泽	chǐ zé	LU 5	手太阴肺经
孔最	kǒng zhì	LU 6	手太阴肺经
少商	shào shāng	LU 11	手太阴肺经
手三里	shǒu sān lǐ	LI 10	手阳明大肠经
天鼎	tiān dǐng	LI 7	手阳明大肠经
水突	shuǐ tū	ST 10	足阳明胃经
气舍	qì shè	ST 11	足阳明胃经
气户	qì hù	ST 13	足阳明胃经
不容	bù róng	ST 19	足阳明胃经
太乙	tài yǐ	ST 23	足阳明胃经
天枢	tiān shū	ST 26	足阳明胃经
水道	shuǐ dào	ST 28	足阳明胃经
气冲	qi chōng	ST 30	足阳明胃经
内庭	nèi tíng	ST 44	足阳明胃经
太白	tài bái	SP 3	足太阴脾经
公孙	gōng sūn	SP 4	足太阴脾经
天豁	tiān xī	SP 18	足太阴脾经
少海	shào hǎi	HT 3	手少阴心经
少府	shào fǔ	HT 8	手少阴心经
少冲	shào chōng	HT 9	手少阴心经
天宗	tiān zōng	SI 11	手太阳小肠经
支正	zhī zhèng	SI 7	手太阳小肠经

穴名	汉语拼音	编号	所属经脉
天窗	tiān chuāng	SI 16	手太阳小肠经
天容	tiān róng	SI 17	手太阳小肠经
五处	wǔ chù	BL 5	足太阳膀胱经
玉枕	yù zhěn	BL 9	足太阳膀胱经
天柱	tiān zhù	BL 10	足太阳膀胱经
心俞	xin shù	BL 15	足太阳膀胱经
气海俞	qì hǎi shù	BL 24	足太阳膀胱经
中膂俞	zhōng lǚ shù	BL 29	足太阳膀胱经
中髎	zhōng liáo	BL 33	足太阳膀胱经
仆参	pú cān(pú shēn)	BL 61	足太阳膀胱经
太溪	tà xī	KI 3	足少阳肾经
气穴	qì xué	KI 13	足少阳肾经
中注	zhōng zhù	KI 15	足少阳肾经
水泉	shuǐ quán	KI 5	足少阳肾经
天泉	tiān quán	PC 2	手厥阴心包经
中冲	zhōng chōng	PC 9	手厥阴心包经
内关	neì guān	PC 6	手厥阴心包经
中渚	zhōng zhǔ	TE 3	手少阳三焦经
支沟	zhī gōu	TE 6	手少阳三焦经
天井	tiān jǐng	TE 10	手少阳三焦经
天髎	tiān liáo	TE 15	手少阳三焦经
天牖	tiān yǒu	TE 16	手少阳三焦经
天冲	tiān chōng	GB 9	足少阳胆经
日月	rì yuè	GB 24	足少阳胆经
五枢	wǔ shū	GB 27	足少阳胆经
中渎	zhōng dú	GB 32	足少阳胆经
太冲	tài chōng	LR 3	足厥阴肝经
中封	zhōng fēng	LR 4	足厥阴肝经
中都	zhōng dū	LR 6	足厥阴肝经
中枢	zhōng shū	GV 7	督脉
水沟	shuǐ gōu	GV 26	督脉
中极	zhōng jí	CV 3	任脉
气海	qì hǎi	CV 6	任脉
水分	shǔ fèn	CV 9	任脉
中脘	zhōng wǎn	CV 12	任脉
中庭	zhōng tíng	CV 16	任脉
玉堂	yù táng	CV 18	任脉

穴名	汉语拼音	编号	所属经脉
天突	tiān tū	CV 22	任脉
内迎香	nèi yíng xiāng	EX-HN 9	奇穴
玉液	yù yè	EX-HN 13	奇穴
中泉	zhōng quán	EX-UE 3	奇穴
中魁	zhōng kuí	EX-UE 4	奇穴
内膝眼	nèi xī yǎn	EX-LE 4	奇穴
内踝尖	nèi huái jiān	EX-LE 8	奇穴
气端	qì duān	EX-LE 12	奇穴
太阳	tài yáng	EX-HN 5	奇穴
		〔五画〕	
巨骨	jù gǔ	LI 16	手阳明大肠经
四白	sì bái	ST 2	足阳明胃经
巨髎	jù liáo	ST 3	足阳明胃经
头维	tóu wéi	ST 8	足阳明胃经
外陵	wài líng	ST 26	足阳明胃经
归来	guī lái	ST 29	足阳明胃经
丰隆	fēng lóng	ST 40	足阳明胃经
厉兑	lì duì	ST 45	足阳明胃经
申脉	shēn mài	BL 62	足太阳膀胱经
白环俞	bái huán shù	BL 30	足太阳膀胱经
四满	sì mǎn	KI 14	足少阴肾经
石关	shí guān	KI 18	足少阴肾经
四渎	sì dú	TE 9	手少阳三焦经
外关	waì guān	TE 5	手少阳三焦经
丝竹空	sī zhú kōng	TE 23	手少阳三焦经
头窍阴	tóu qiào yīn	GB 11	足少阳胆经
本神	běn shén	GB 13	足少阳胆经
头临泣	tóu lín qì	GB 15	足少阳胆经
目窗	mù chuāng	GB 16	足少阳胆经
正营	zhèng yíng	GB 17	足少阳胆经
外丘	wài qiū	GB 36	足少阳胆经
丘墟	qiū xū	GB 40	足少阳胆经
石门	shí mén	CV 5	任脉
巨阙	jù quē	CV 14	任脉
玉堂	yù táng	CV 18	任脉
四神聪	sì shén cōng	EX-HN 1	奇穴
印堂	yìn táng	EX-HN 3	奇穴

穴名	汉语拼音	编号	所属经脉
外劳宫	wài láo gōng	EX-UE 8	奇穴
四缝	sì fèng	EX-UE 10	奇穴
中魁		〔六画〕	
列缺	liè quē	LU 7	手太阴肺经
合谷	hé gǔ	LI 4	手阳明大肠经
阳溪	yáng xī	LI 5	手阳明大肠经
曲池	qū chí	LI 11	手阳明大肠经
迎香	yíng xiāng	LI 20	手阳明大肠经
地仓	dì cāng	ST 4	足阳明胃经
关门	guān mén	ST 22	足阳明胃经
伏兔	fú tù	ST 32	足阳明胃经
阴市	yīn shì	ST 33	足阳明胃经
冲阳	chōng yáng	ST 42	足阳明胃经
阴陵泉	yīn líng quán	SP 9	足太阴脾经
冲门	chōng mén	SP 12	足太阴脾经
血海	xuè hǎi	SP 10	足太阳脾经
阴郄	yīn xì	HT 6	手厥阴心包经
后溪	hòu xī	SI 3	手太阳小肠经
阳谷	yāng gǔ	SI 5	手太阳小肠经
曲差	qū chā (qu chāi)	BL 4	足太阳膀胱经
关元俞	guān yuán shù	BL 26	足太阳膀胱经
次髎	cì liáo	BL 32	足太阳膀胱经
会阳	huì yáng	BL 35	足太阳膀胱经
阳纲	yáng gāng	BL 48	足太阳膀胱经
合阳	hé yáng	BL 55	足太阳膀胱经
至阴	zhì yīn	BL 67	足太阳膀胱经
交信	jiāo xìn	KI 8	足少阴肾经
阴谷	yīn gǔ	KI 10	足少阴肾经
阴都	yin dū	KI 19	足少阴肾经
阴郤	yīn xì	HT 6	手少阴心经
曲泽	qū zhé	PC 3	手厥阴心包经
关冲	guān chōng	TE 1	手少阳三焦经
阳池	yáng chí	TE 4	手少阳三焦经
会宗	huì zōng	TE 7	手少阳三焦经
耳门	ěr mén	TE 21	手少阳三焦经
耳和髎	ěr hé liáo	TE 22	手少阳三焦经
曲鬓	qū bìn	GB 7	足少阳胆经

穴名	汉语拼音	编号	所属经脉
阳白	yáng bái	GB 14	足少阳胆经
阳陵泉	yáng líng quán	GB 34	足少阳胆经
阳交	yáng jiāo	GB 35	足少阳胆经
光明	guāng míng	GB 37	足少阳胆经
阳辅	yáng fǔ	GB 38	足少阳胆经
地五会	dì wǔ huì	GB 42	足少阳胆经
行间	xíng jiān	LR 2	足厥阴肝经
阴包	yīn bāo	LR 9	足厥阴肝经
阴廉	yīn lián	LR 11	足厥阴肝经
曲泉	qū quán	LR 8	足厥阴肝经
至阳	zhì yáng	GV 9	督脉
百会	bǎi huì	GV 20	督脉
囟会	xìn huì	GV 22	督脉
后顶	hòu dǐng	GV 19	督脉
会阴	huì yīn	CV 1	任脉
曲骨	qū gǔ	CV 2	任脉
关元	guān yuán	CV 4	任脉
阴交	yīn jiāo	CV 7	任脉
鸠尾	jiū wěi	CV 15	任脉
华盖	huá gài	CV 20	任脉
当阳	dāng yáng	EX-HN 2	奇穴
百虫窝	bǎi chóng wō	EX-LE 13	奇穴
		〔七画〕	
肘髎	zhǒu liáo	LI 11	手阳明大肠经
扶突	fú tū	LI 18	手阳明大肠经
承泣	chéng qì	ST 1	足阳明胃经
承满	chéng mǎn	ST 21	足阳明胃经
条口	tiáo kǒu	ST 38	足阳明胃经
灵道	líng dào	HT 4	手少阴心经
听宫	tīng gōng	SI 19	手太阳小肠经
承光	chéng guāng	BL 6	足太阳膀胱经
志室	zhì shì	BL 52	足太阳膀胱经
肝俞	gān shù	BL 18	足太阳膀胱经
承扶	chéng fú	BL 36	足太阳膀胱经
承筋	chéng jīn	BL 56	足太阳膀胱经
承山	chéng shān	BL 57	足太阳膀胱经
肓门	huāng mén	BL 51	足太阳膀胱经

穴名	汉语拼音	编号	所属经脉
足通谷	zú tōng gǔ	BL 66	足太阳膀胱经
肓俞	huāng shù	KI 16	足少阴肾经
步廊	bù láng	KI 22	足少阴肾经
灵墟	líng xū	KI 24	手厥阴心包经
幽门	yōu mén	KI 21	手厥阴心包经
角孙	jiǎo sūn	TE 20	手少阳三焦经
间使	jiān shǐ	PC 5	手厥阴心包经
劳宫	láo gōng	PC 8	手厥阴心包经
听会	tīng huì	GB 2	足少阳胆经
完骨	wán gǔ	GB 12	足少阳胆经
承灵	chéng líng	GB 18	足少阳胆经
环跳	huán tiào	GB 30	足少阳胆经
足临泣	zú lín qì	GB 41	足少阳胆经
足窍阴	zú qiào yīn	GB 44	足少阳胆经
足三里	zú sān lǐ	ST 36	足阳明胃经
足五里	zú wǔ lǐ	LR 10	足厥阴肝经
灵台	líng tái	GV 10	督脉
身柱	shēn zhù	GV 12	督脉
兑端	duì duān	GV 28	督脉
承浆	chéng jiāng	CV 24	任脉
夹脊	jiā jǐ	EX-UE 1	奇穴
肘尖	zhǒu jiān	EX-UE 1	奇穴
		〔八画〕	
经渠	jīng qú	LU 7	手太阴肺经
鱼际	yú jì	LU 10	手太阴肺经
肩髃	jiān yú	LI 15	手阳明大肠经
乳中	rǔ zhōng	ST 17	足阳明胃经
乳根	rǔ gēn	ST 18	足阳明胃经
府舍	fǔ shè	SP 13	足太阴脾经
周荣	zhōu róng	ST 20	足太阴脾经
极泉	jí quán	HT 1	手少阴心经
青灵	qīng líng	HT 2	手少阴心经
肩贞	jiān zhēn	SI 19	手太阳小肠经
肩外俞	jiān wài shù	SI 14	手太阳小肠经
肩中俞	jiān zhōng shù	SI 15	手太阳小肠经
秉风	bǐng fēng	SI 12	手太阳小肠经
附分	fù fēn	BL 41	足太阳膀胱经

穴名	汉语拼音	编号	所属经脉
委阳	wěi yáng	BL 39	足太阳膀胱经
委中	wěi zhōng	BL 40	足太阳膀胱经
金门	jīn mén	BL 63	足太阳膀胱经
京骨	jīng gǔ	BL 64	足太阳膀胱经
昆仑	kūn lún	BL 60	足太阳膀胱经
肩髎	jiān liáo	TE 14	手少阳三焦经
肩井	jiān jǐng	GB 21	足少阳胆经
京门	jīng mén	GB 25	足少阳胆经
居髎	jū liáo	GB 29	足少阳胆经
长强	cháng qiáng	GV 1	督脉
命门	mìng mén	GV 4	督脉
定喘	dìng chuǎn	EX-B 1	奇穴
金津	jīn jīn	EX-HE 12	奇穴
鱼腰	yú yāo	EX-HE 4	奇穴
		〔九画〕	
侠白	xiá bái	LU 4	手太阴肺经
屋翳	wū yì	ST 15	足阳明胃经
食窦	shí dòu	SP 17	足太阴脾经
胸乡	xiōng xiāng	SP 19	足太阴脾经
通里	tōng lǐ	HT 5	手少阴心经
神门	shén mén	HT 7	手少阴心经
前谷	qián gǔ	SI 2	手太阳小肠经
眉冲	méi chōng	BL 2	足太阳膀胱经
通天	tōng tiān	BL 7	足太阳膀胱经
络却	luò què	BL 8	足太阳膀胱经
风门	fēng mén	BL 12	足太阳膀胱经
肺俞	fèi shù	BL 13	足太阳膀胱经
胆俞	dǎn shù	BL 19	足太阳膀胱经
胃俞	wèi shù	BL 21	足太阳膀胱经
肾俞	shèn shù	BL 23	足太阳膀胱经
神堂	shén táng	BL 44	足太阳膀胱经
胞肓	bāo huáng	BL 50	足太阳膀胱经
复溜	fù liū	KI 7	足少阴肾经
神封	shén fēng	KI 23	足少阴肾经
俞府	shù fǔ	KI 27	足少阴肾经
郄门	xì mén	PC 4	手厥阴心包经
风池	fēng shí	GB 20	足少阳胆经

穴名	汉语拼音	编号	所属经脉
带脉	dài mài	GB 26	足少阳胆经
风市	fēng shì	GB 31	足少阳胆经
侠溪	xiá xī	GB 43	足少阳胆经
急脉	jí mài	LR 12	足厥阴肝经
前顶	qián dǐng	GV 21	督脉
神道	shén dào	GV 13	督脉
风府	fēng fǔ	GV 16	督脉
哑门	yǎ mén	GV 15	督脉
神阙	shén quē	CV 8	任脉
建里	jiàn lǐ	CV 11	任脉
胃脘下俞	wèi wǎn xià shù	EX-B 3	奇穴
胆囊	dǎn náng	EX-LE 6	奇穴
独阴	dú yīn	EX-LE 12	奇穴
		〔十画〕	
缺盆	quē pén	ST 12	足阳明胃经
库房	kù fáng	ST 15	足阳明胃经
梁门	liáng mén	ST 21	足阳明胃经
养老	yǎng lǎo	SI 16	手太阳小肠经
殷门	yīn mén	BL 37	足太阳膀胱经
秩边	zhì biān	BL 54	足太阳膀胱经
彧中	yù zhōng	KI 27	足少阴肾经
消泺	xiāo luò	TE 12	手少阳三焦经
率谷	shuài gǔ	GB 8	足少阳胆经
浮白	fú bái	GB 14	足少阳胆经
脑空	nǎo kōng	GB 19	足少阳胆经
脊中	jī zhōng	GV 6	督脉
脑户	nǎo hù	GV 17	督脉
素髎	sù liáo	GV 25	督脉
海泉	hǎi quán	EX-HN 10	奇穴
		〔十一画〕	
商阳	shāng yáng	LI 1	手阳明大肠经
偏历	piān lì	LI 6	手阳明大肠经
陷谷	xiàn gǔ	ST 43	足阳明胃经
商丘	shāng qiū	SP 5	足太阴脾经
商曲	shāng qū	KI 17	足少阴肾经
液门	yè mén	TE 2	手少阳三焦经
清冷渊	qīng lěn yuān	TE 11	手少阳三焦经

刀客网络营销系统欢迎各位莅临交流

嗨！您好，我是刀客网络营销系统创办人，方胜山。

请记着我的名字，因为在你未能通过互联网获得成功之前，我会一直陪伴着你！

您能理解“**8 个小时之内求生存，8 个小时之外求发展**”这句话的深刻意义吗？它告诉我们：

人的一生真正价值在于工作之外，工作只是为我们提供温饱，绝对不是生活的全部！

在这个物欲横流的现实社会环境下，相信你一定在寻找一种能够快速赚钱的办法。因为足够的金钱，可以让你做到下面的几点：

1.丰富的物质生活；

2.家人生活的保障

3.时间上的自由；

4.社会的尊重；

在我这个行业，一直流传着一句话：

十年打工还是工，一年网络成富翁！

虽然有点调侃的意思，但是它绝对道出了一个真理：网上创业赚

钱已经成为趋势，拥有网络在线生意就等于拥有了自动赚钱机器！

八十年代初，摆个地摊就能发财，但是很多人不敢去做，现在仍然是个穷人；
九十年代初，买支股票就能挣钱，可很多人不信，现在依然是个穷人；
二十一世纪，搭建网络建立你的在线生意就能赚钱，可很多人还是不尝试。难道你还想一直做穷人吗？！
现在是互联网时代，加入网上创业行列，你还想错过吗? 如果您不想因为错过这个赚钱机会而终身后悔，那么请继续:

刀客营销专注于自动化网络创业。我坚信，一个投入最少，收获最大的自动化运营系统将是人们创业的首选，因为它不管你是在上班，还是旅游，甚至是睡觉，它都在为你：

1 天 24 小时
1 周 7 天
1 月 30 天
1 年 365 天
不间断的赚钱！

经过几年互联网创业过程的摸爬滚打，我深深的体会到："选择不对、努力白费"这句话的含义！在互联网上赚钱的方式太多了，有些项目能赚钱，有些根本赚不到钱，有些只能赚点零花钱，有些却可以月入几十万！

我不知道你现在处于什么阶段，你是否还在做网络苦工，每天帮别人发帖、顶贴赚取少的可怜的佣金？你是否还在为每天赚几块钱或者几十块钱而沾沾自喜？您是否以厌倦了您现在的生活，您迫切需要改变您的人生？也许你工作很努力，却始终没有好的效果，因为选择不对，努力白费！或者说你没有找到真正在互联网上赚钱的方法！

其实在网络上赚钱没有你想象中复杂，你知道吗？技术是最次要的环节，一个成熟的系统支持和营销思维才是你互联网上赚钱的最有力保障！

你只要具备以下 3 个条件，你就可以在互联网获得财富！

1、定制产品

营销目的是将产品销售出去，只有当您有产品可以销售的时候营销才能体现其价值。

2、市场定位

营销的过程是将顾客引进您的系统，如何将顾客引进您的系统而后成为您的客户？我们为您准备了一系列的课程，教给你识别属于您的黄金市场，超级轻松的定位精准客户。

3、营销技巧

通过我们教授给你的各种高级网络营销方式，最大限度的挖掘您黄金市场的潜在客户源。源源不断的客户通过入口进入系统后，系统就开始自动化运作，并且通过病毒式营销自动达到循环运转自动抓潜，自动跟进，自动销售，自动追售的完整过程。让您真正拥有一个自动化赚钱系统。

如果你对我所说的感兴趣，并且有着强烈的创业赚钱欲望，想学习我说的自动化赚钱系统的具体知识，那么，请立即访问下面的网址并确认订阅，你将**立刻-马上**的拥有它：

点击免费获取上述方法的具体教程

每天有超过 1000 人通过这个链接了解到如何搭建自动化赚钱系统的方法并在 1 个月之内开始赚钱。我相信你也能做到！

但是由于每天索要资料的朋友太多导致我们没有足够的精力去开发新的课程产品以便更好的服务你，所以我们决定：

刀客网络营销系统欢迎各位莅临交流

每天只有前 50 名订阅的朋友才有权利获取到我们**免费**发送的**价值 500 元**的搭建自动化赚钱系统的珍贵教程！注意：

每天 1000 人访问，只有前 50 名能够获取！

点击免费获取上述方法的具体教程

每当机会摆在我的面前，我都会去尽全力的去抓住它哪怕希望很渺茫。那么你呢？脱离**苦 B 的生活**现状也许就取决于你现在的一个小小的行动。而且对你**没有任何的损失。**

赶快行动吧，期待和你成为终生的朋友和事业伙伴！

访问下面链接获取更多资讯:

刀客网络营销工作室简介：**http://player.56.com/v_OTM5MzIwNDM.swf**

刀客网络营销腾讯微博 http://t.qq.com/frederick_yan

刀客网络营销工作室官网 http://www.daoke123.com

刀客网络营销系统欢迎各位莅临交流



穴名	汉语拼音	编号	所属经脉
颅息	lú xī	TE 19	手少阳三焦经
悬颅	xuán lú	GB 5	足少阳胆经
悬厘	xuán lí	GB 6	足少阳胆经
渊液	yuān yè	GB 22	足少阳胆经
辄筋	zhé jīn	GB 23	足少阳胆经
维道	wéi dào	GB 28	足少阳胆经
悬钟	xuán zhōng	GB 39	足少阳胆经
跗阳	fū yáng	BL 59	足太阳膀胱经
悬枢	yuán shū	GV 5	督脉
陶道	táo dào	GV 13	督脉
紫宫	zǐ gōng	CV 19	任脉
球后	qiú hóu	EX-HN 7	奇穴
痞根	pǐ gēn	EX-B 4	奇穴
		〔十二画〕	
温溜	wēn liú	LI 7	手阳明大肠经
滑肉门	huá ròu mén	ST 24	足阳明胃经
解溪	jiě xī	ST 41	足阳明胃经
隐白	yīn bái	SP 1	足太阴脾经
腕骨	wàn gǔ	SI 4	手太阳小肠经
厥阴俞	jué yīn shù	BL 14	足太阳膈膀经
脾俞	pí shù	BL 20	足太阳膀胱经
涌泉	yǒng quán	KI 1	足少阴肾经
然谷	rán gǔ	KI 2	足少阴肾经
筑宾	zhù bīn	KI 9	足少阴肾经
期门	qī mén	LR 14	足厥阴肝经
强间	qiáng jiān	GV 18	督脉
龈交	yín jiāo	GV 28	督脉
阑尾	lán wěi	EX-LE 7	奇穴
		〔十三画〕	
颊车	jiā chē	ST 6	足阳明胃经
犊鼻	dú bí	ST 35	足阳明胃经
腹结	fù jié	SP 14	足太阴脾经
腹哀	fù āi	SP 16	足太阴脾经
睛明	jīng míng	BL 1	足太阳膀胱经
督俞	dū shù	BL 16	足太阳膀胱经
魂门	hún mén	BL 47	足太阳膀胱经
意舍	yì shè	BL 49	足太阳膀胱经

穴名	汉语拼音	编号	所属经脉
照海	zhào hǎi	KI 6	足少阴肾经
腹通谷	fù tōng gǔ	KI 20	足少阴肾经
颔厌	hàn yàn	GB 4	足少阳胆经
腰俞	yāo shù	GV 2	督脉
腰阳关	yāo yáng guān	GV 3	督脉
廉泉	liáng quán	CV 23	任脉
腰宜	yāo yì	EX-B 6	奇穴
腰眼	yāo yǎn	EX-B 7	奇穴
腰奇	yāo qí	EX-B 9	奇穴
腰痛点	yāo tòng dǐan	EX-UE 7	奇穴
		〔十四画〕	
膺窗	yīng chuāng	ST 16	足阳明胃经
漏谷	lòu gǔ	SP 7	足太阴脾经
箕门	jī mén	SP 11	足太阴脾经
膀胱俞	páng guāng shù	BL 28	足太阳膀胱经
魄户	pò hù	BL 42	足太阳膀胱经
膏肓	gāo huāng	BL 43	足太阳膀胱经
膈关	gé guān	BL 46	足太阳膀胱经
膈俞	gé shù	BL 17	足太阳膀胱经
膝阳关	xī yáng guān	GB 33	足少阳胆经
膝关	xī guān	LR 7	足厥阴肝经
聚泉	jù quán	EX-HN 10	奇穴
膝眼	xī yǎn	EX-LE 5	奇穴
		〔十五画〕	
譩譆	yì xǐ	BL 45	足太阳膀胱经
横骨	héng gǔ	KI 11	足少阴肾经
瘈脉	chì mài	TE 18	手少阳三焦经
璇玑	xuán jī	CV 21	任脉
鹤顶	hè dǐng	EX-LE 2	奇穴
		十 六 画	
臂臑	bì nào	LI 14	手阳明大肠经
		〔十七画〕	
髀关	bì guān	ST 31	足阳明胃经
翳风	yì fēng	TE 17	手少阳三焦经
翳明	yì mìng	EX-HN 14	奇穴
膻中	shān zhōng	CV 17	任脉

穴名	汉语拼音	编号	所属经脉
		〔十八画〕	
臑俞	nào shù	SI 10	手太阳小肠经
		〔十九画〕	
攒竹	cuán zhú	BL 2	足太阳膀胱经
		〔二十一画〕	
蠡沟	lǐ gōu	LR 5	足厥阴肝经
髋骨	kuān gǔ	EX-LE 1	奇穴

黄羡明

二　病症索引

〔三画〕

口疮582
子痫109
小儿疝气519
小儿脱肛522
小儿遗尿367
小便不通88
小儿营养不良516
小儿麻痹后遗症525
子宫肌瘤461
子宫脱垂456
子宫收缩乏力463
大便秘结86
大叶性肺炎223
三叉神经痛252
习惯性流产479
女阴白色病变470

〔四画〕

中风203
中暑92
中耳炎555
中心性视网膜炎545
气喘73
牙痛585
不孕症504
幻肢痛386
内耳眩晕262
月经不调500
心律失常183
心脏神经官能症194
支气管扩张226
支气管哮喘219
风湿性心脏病186
无排卵型月经失调497

〔五画〕

头晕64
头痛62
白内障550
白癜风424
白细胞减少症320
外阴瘙痒468
四肢抽搐70
四肢疼痛72
四肢麻木68
四肢软组织扭伤373
末梢神经炎264
皮肤鳞状细胞癌421
功能性子宫出血453
甲状腺功能减退症348
甲状腺机能亢进症345

〔六画〕

吐血77
闭经446
色盲540
百日咳152
产后出血487
产后腹痛490
产褥感染484
耳鸣、耳聋552
肋间神经痛387
红斑性狼疮335
红斑性肢痛症300
血脂蛋白过高症333
血栓闭塞性脉管炎209

〔七画〕

呕吐79
尿血89
尿石症363
近视533
冻疮590
疔疮402
戒烟594
肛裂437
肛瘘439
麦粒肿531
声带麻痹571
妊娠呕吐474
阿米巴痢疾167
坐骨神经痛271
男性性功能障碍358

〔八画〕

贫血317
疟疾174
夜啼513
昏厥56
肾下垂353
肾小球肾炎350
青光眼548
肺结核163
肥胖病328

放射病589
视神经炎543
视神经萎缩541
周围性麻痹298
周围性面神经麻痹256
细菌性痢疾154
细菌性食物中毒94
乳腺增生病430
肩关节周围炎378
肱骨外上髁炎383
单纯性甲状腺肿343
肢端动脉痉挛症212
泪腺分泌功能亢进536

〔九画〕

神昏54
神经性头痛279
神经性皮炎418
神经官能症304
便秘249
胃下垂241
胃、十二指肠溃疡穿孔115
扁平疣420
扁桃体炎576
结核病162
宫颈炎459
荨麻疹404
咽喉炎569
背腰痛67
骨关节炎371
面肌痉挛259
胎位不正477
带状疱疹137
胆道蛔虫症103
胆结石绞痛112
急性肠梗阻106
急性乳腺炎427
急性结膜炎534
急、慢性肠炎243
急、慢性胃炎230
急性心肌梗塞200
急性呼吸衰竭228
急性扁桃体炎579
急性淋巴管炎400
急、慢性胆囊炎245
急性一氧化碳中毒118
急、慢性支气管炎214
急性感染性多发性神经炎267
重症肌无力295
类风湿性关节炎340
冠状动脉粥样硬化性心脏病197

〔十画〕

浮肿58
缺乳494
高热15
高血压病189
高山适应不全症592
胸痛75
破伤风160
酒渣鼻413
胰腺炎235
消化性溃疡237
脑血管意外287
流行性感冒121
流行性腮腺炎125
流行性乙型脑炎141
流行性化脓性脑膜炎145
病毒性肝炎128
脊髓灰质炎133
原发性多汗症313
原发性直立性低血压192
原发性血小板减少性紫癜322

〔十一画〕

痔433
脱肛441
减肥596
聋哑558
虚热52
惊厥507
象皮腿178
颈项痛65
颈椎病393
颈淋巴结核165
梅核气574
婴儿腹泻510
麻痹性斜视538

〔十二画〕

痛风331
痛经449
滞产481
斑秃415
落枕396
痤疮410
湿疹407
蛔虫病171
硬皮病333
猩红热148
阑尾炎98
腱鞘囊肿382
腕管综合征380

〔十三画〕

腹泻84
腹痛80
腹中痞块83
腰痛374
新生儿破伤风528

〔十四画〕
截瘫275
睾丸炎565
鼻出血561
鼻窦炎356
舞蹈病293
慢性盆腔炎466
精神分裂症307
精神发育不全301
缩窄性大动脉炎207

〔十五画〕
瘫痪59
震颤麻痹390

〔十六画〕
糖尿病325
颞颌关节功能紊乱398

〔十七画〕
臂丛神经痛384

〔十八画〕
癔病310

〔二十一画〕
癫痫283

邵素菊

后　　记

我从事针灸专业已50多个春秋，平时羁了医疗、教学、科研和国际针灸学术交流工作，自问水平有限、不敢轻易握管著书，如此大型专著、更非个人棉力可以胜任，幸蒙老友王雪苔教授、邱茂良教授、邵经明教授、王岱副教授的监促和支持，并得胡伯虎等同志协助统稿，终于全书告成。这本书是集体智慧的结晶。编写者付出了辛勤的劳动，贡献出各自的宝贵经验，但由于本人学识简陋，滥于审编，统稿又利用业余，时间毕竟仓促，难免有某些疏讹和阙漏之处，读者明察秋毫，不难发现论述当欠全面，搜集资料可能有错，漏写的病种为数不少，编写质量当有待进一步提高，我殷切期望国内外针灸同道不吝指教，以便再版时修订改正。

黄羡明
一九九〇年八月于上海
紫兰书屋，时年七十